

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Processo J. x 0828976-13.2019.8.18.0140 - PI: x

Não seguro | tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=334955&ca=547e73f824a5fdb3a... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

**Pje** ProceComCiv 0828976-13.2019.8.18.0140  
AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS

9786967 - CONTESTAÇÃO (2719331 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/05/2020 20:46:08

19 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 9786956 - CONTESTAÇÃO
    - 9786967 - CONTESTAÇÃO (2719331 CONTESTACAO 01)
    - 9786968 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719331 CONTESTACAO Anexo 02)
    - 9786970 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
    - 9786971 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
    - 9786972 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

20:46

30 Apr 2020

2719331- CJ/ 2020-01837/ INVALEZ

  
JOÃO BARBOSA  
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08289761320198180140

Ativar o Windows  
Acesse as configurações do computador para ativar o Windows.

20:47  
19/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08289761320198180140

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **25/10/2018**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

***“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

<sup>4</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

## DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

---

<sup>6</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>8</sup> **art. 1º. (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

## **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TERESINA, 11 de maio de 2020.

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**

### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

### TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total (100%)  | Intensa (75%) | Média (50%)  | Leve (25%)   | Residual (10%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |               |               |              |              |                |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 6.750,00  | R\$ 5.062,50  | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08289761320198180140.

Rio de Janeiro, 11 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

## RELATÓRIO MÉDICO

OEC lincom que Aquiles Lisboa  
ferimentos junção. foi vítima de acidente  
de trânsito, fato ocorrido em 16.10.2018 às  
11.2042. Tendo sofrido forte trauma eal mib,  
cursum com fraturas eue porção distal da  
da tibia e fibula direita, onde foi tratado  
cirurgicamente através de osteossintese ou seja  
placas parafusos e fios metálicos, complacua  
tudo com fisioterapia, com alta defini-  
tiva, Relato como sequelas: dor nos joelhos,  
com limitação dos movimentos, com  
sensação de encurtamento do membro  
inferior. Com comprometimento  
funcional de 70%

*Edimar*

19.07.19

Dr. Edimar Machado da S.  
Cl. Geral e Cirurgia Geri-  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-M  
9903-0929/9532-1987/8827-3736

Dr. Edimar Machado da S.  
Cl. Geral e Cirurgia Geri-  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-M  
9903-0929/9532-1987/8827-3736

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br>OPVAT<br>CONTEUDO NÃO VERIFICADO                                               |
| 22 JUL 2019                                                                                                  |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho da Resende, 465 Loja C<br>Centro-Norte CEP: 54.002-470<br>Teresopolis RJ |

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

## RELATÓRIO MÉDICO

O paciente que sempre  
disseu fraturas foi vítima de acidente  
de trânsito, fato ocorrido em 16.10.18  
às 11:20 Hs, tendo sofrido forte tra-  
uma com M.O., curando com fratu-  
ra de fratura da espinha dorsal,  
onde foi tratado cirurgicamente a tra-  
vés de osteossíntese plástica para fixa-  
ção metálica, com acompanhamento com  
fio de sutura, com alta defi-  
nitiva, relatando como sequelas:  
fortes dores, diminuição da mobi-  
lidade, com sensação de que-  
bra e dificuldade de andar, com  
acompanhamento funcional de  
75%.

*Edimar Machado*

1308.19

Dr. Edimar Machado da Silva  
CRM: 1308.19 - CRM: 2659-M  
Fones: 0822 0151 - 0822 3736 - 0822 0020

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresopolis

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

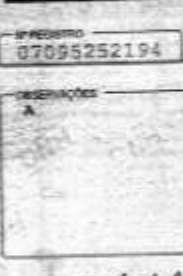
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresopolis

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 0822 0151 - 0822 3736 - 0822 0020

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL       |            | MINISTERIO DAS CIDADES                                                              |                                 | DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO |                                 | CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO |                                                                                   |                 |            |
|--------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | 1652712225 |    | NOME                            |                                   | AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR |                                  |  |                 |            |
|                                      |            |                                                                                     | DOC IDENTIDADE / DPO EMISSOR/UF |                                   | 1900303759 STM PI               |                                  |                                                                                   |                 |            |
| PROIBIDO PLASTIFICAR                 | 1652712225 |   | CPF                             |                                   | 008.872.873-01                  |                                  | DATA NASCIMENTO                                                                   | 14/05/1984      |            |
|                                      |            |                                                                                     | FUNÇÃO                          |                                   | AQUILES LISBOA FERNANDES        |                                  | MARTA DO ROSARIO CORREIA FERNANDES                                                |                 |            |
| PROIBIDO PLASTIFICAR                 | 1652712225 |  | PERMISSÃO                       |                                   | FERMISSÃO                       |                                  | REC                                                                               | CATEG           |            |
|                                      |            |                                                                                     | VALIDEZ                         |                                   | 25/97/2019                      |                                  | 25/07/2018                                                                        |                 |            |
| OBSERVAÇÕES                          |            | A                                                                                   |                                 |                                   |                                 |                                  |                                                                                   |                 |            |
| ASSINATURA DO PORTADOR               |            | Aquiles Lisboa Fernandes Junior                                                     |                                 |                                   |                                 |                                  |                                                                                   |                 |            |
| LOCAL                                |            | TERRASINA, PI                                                                       |                                 |                                   |                                 |                                  |                                                                                   | DATA DE EMISSÃO | 25/07/2018 |
| ASSINATURA DO DETENTOR               |            | Aquiles Lisboa Fernandes Junior                                                     |                                 |                                   |                                 |                                  |                                                                                   | 28657848835     |            |
| ASSINATURA DO DETENTOR               |            | Aquiles Lisboa Fernandes Junior                                                     |                                 |                                   |                                 |                                  |                                                                                   | W1319125058     |            |
| ASSINATURA DO DETENTOR               |            | Aquiles Lisboa Fernandes Junior                                                     |                                 |                                   |                                 |                                  |                                                                                   | W1319125058     |            |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
03 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



0475253

*Nelle Roze Soares Marques*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CICERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 11/F 141  
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 ABR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012651363911  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

11506 02981 94408 05662 d34da 268ed 26465 w80ca 81m95 432ae 175d9 12562 168e5 02101

012651363911

1 01159011698 2018

MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE QUEI  
ROZ

\*\*\*\*\*

43950663304 PIY-8195

9C2JB0100JR043727

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP.FOT./C 02P/0109CC

CAT.FOT/C PARTIC

COR PREC/DOMINANTE VERMELHA

TA UNICA

1º IPVA

|   |           |         |
|---|-----------|---------|
| P | 000000000 | 2º      |
| V |           | 3º PAGO |
| A |           |         |

PREMIO TAF/ANO (R\$) 000,24 ID (R\$) 000,00 PREMIO TOTAL (R\$) 000,24 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

PET: 000.24

ALIENACAO FIDUCIARIA  
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

TERESINA

20/07/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PI Nº 012651363911 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS E COBERTURA

WWW.DPVAT.SEGURADORA.LIDER.COM.BR  
SAC DPVAT 0800 027 1251

2018 20/07/2018

1 43950663304 PIY-8195

01159011698 HONDA/POP 110I

2018 9C2JB0100JR043727

PREMIO TAF/ANO

054,19 008,02 060,21

004,15 000,47 125,06

19/07/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ Nº 04.398.398/0001-01

www.seguradoralider.com.br

CONTRATO BEMTECH

FEV-2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
13 ABR 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Lga C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA  
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

**Descrição do exame físico:** EF: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO: FD=15, FP=25, AB=15, AD=15 GRAUS - PERDA DE 50% DA MOBILIDADE EM TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                  | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA  
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

**Descrição do exame físico:** EF: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO: FD=15, FP=25, AB=15, AD=15 GRAUS - PERDA DE 50% DA MOBILIDADE EM TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                  | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA  
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 17/04/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA  
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA  
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA  
FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 16/10/2018, FEITO OSTEOSSÍNTESE EM FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA; JÁ DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190257795 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DO PUNHO E MÃO DIREITA.  
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA À DIREITA.  
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS PARA TÍBIA E PUNHO DIREITO AS DEMAIS LESÕES CONSERVADOR) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO JÁ PAGA EM SINISTRO ANTERIOR  
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,  
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR  
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO  
PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Aquiles Lisboa Fernandes Junior  
 RG: 1000303758 ORG. EMISSOR: STF PI D. EXPEDIÇÃO: 25/07/18  
 CPF: 008.872.873-01 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Militar  
 ENDEREÇO: CS Jose Almeida Neto QD A02 E 35 Nº:  
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Mocambinho  
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64010-000 TELEFONE:

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Roze Soares Marques  
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSP/PE D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14  
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: solteira PROFISSÃO: Reclusa  
 ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro Nº: 544  
 BAIRRO: Centro CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES

MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

Data do acidente de trânsito: 26/10/2018

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: 02 DE ABRIL DE 2019

Aquiles Lisboa Fernandes Junior

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



ANTO 3º OFÍCIO DE N.º  
CONSULTE O SEL  
DIGITAL

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMADA EM NOME DA VERDADE. FERNANDES JUNIOR. DOU FE. TERESINA-PI, 02/04/2019. www.tjpi.jus.br/portalestra. Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMP/PI: 0,10 Salo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 70 PROCURACAO PARTICULAR

Cartório Simplicidades Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Jose Hamilton A. Cardoso  
Escritor Autorizado  
Teresina-PI



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114544/19

**Número do Sinistro:** 3190257795

**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

**CPF:** 008.872.873-01

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 16/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** AQUILES LISBOA  
FERNANDES JUNIOR

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114544/19

**Número do Sinistro:** 3190257795

**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

**CPF:** 008.872.873-01

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 16/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114544/19

**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

**CPF:** 008.872.873-01

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 16/10/2018

**Titular do CPF:** AQUILES LISBOA  
FERNANDES JUNIOR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR : 008.872.873-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114544/19

**Número do Sinistro:** 3190257795

**Vítima:** AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

**CPF:** 008.872.873-01

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 16/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** AQUILES LISBOA  
FERNANDES JUNIOR

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

\_\_\_\_\_  
NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

\_\_\_\_\_  
Paula Vargens Mendes da Costa

---

**Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190257795**

**Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

**Data do Acidente: 16/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190257795**

**Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

**Data do Acidente: 16/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190257795**

**Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

**Data do Acidente: 16/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190257795

Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000027011-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Nº Sinistro: **3190257795**  
**AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Data do Acidente: **16/10/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190257795**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

**Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190257795**

**Vítima: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

**Data do Acidente: 16/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 19/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190257795**

Nome do(a) Examinado(a): **AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Conjunto Jose Almeida Neto - Quadra Mocambinho - Setor A, SN, QD A02 CASA 35 - Mocambinho - Teresina - PI**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2109008**

Data e local do acidente: [ **16/10/2018** ]

**AV SANTOS DUMONT ,VILA OPERARIA , TERESINA-PIAUI**

Data e local do exame: [ **17/04/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**ACIDENTE DE TRANSITO DIA 16/10/2018, COM HD DE FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D ;EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**ACIDENTE DE TRANSITO DIA 16/10/2018, COM HD DE FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D;FEITO OSTEOSSINTESE EM FRAT DE TIBIA DISTAL D ;EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D;JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D FD=15,FP=25,AB=15,AD=15 GRAUS PERDA DE 50 % EM TORNOZELO D**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO D**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D FD=15,FP=25,AB=15,AD=15 GRAUS PERDA DE 50 % EM TORNOZELO D**



Edmar de Souza Lima Junior - CRM: 2313 - PI

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190257795**

Nome do(a) Examinado(a): **AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Conjunto Jose Almeida Neto - Quadra Mocambinho - Setor A, SN, QD A02 CASA 35 - Mocambinho - Teresina - PI**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2109008**

Data e local do acidente: [ **16/10/2018** ]

**AV SANTOS DUMONT ,VILA OPERARIA , TERESINA-PIAUI**

Data e local do exame: [ **17/04/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**ACIDENTE DE TRANSITO DIA 16/10/2018, COM HD DE FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D ;EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**ACIDENTE DE TRANSITO DIA 16/10/2018, COM HD DE FRATURA DA TIBIA DISTAL D + FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D;FEITO OSTEOSSINTESE EM FRAT DE TIBIA DISTAL D ;EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D;JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D FD=15,FP=25,AB=15,AD=15 GRAUS PERDA DE 50 % EM TORNOZELO D**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO D**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO D FD=15,FP=25,AB=15,AD=15 GRAUS PERDA DE 50 % EM TORNOZELO D**



Edmar de Souza Lima Junior - CRM: 2313 - PI

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 008.872.873-01 Nome completo da vítima: Aguiles Lisboa Fernandes Junior

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Aguiles Lisboa Fernandes Junior CPF: 008.872.873-01  
Profissão: militar Endereço: CS Jose Almeida S/N QD-A02 C-35 Número: 35 Complemento: casa  
Bairro: Moacambinho Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64010-010  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (86) 99534-6565

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0029 ☐ CONTA: 27011 ☐ 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Teresina - Piauí 02/04/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|                                                                                                                                       |                                 |                                 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:                  | Nome completo da vítima:        |              |
|                                                                                                                                       | 008.872.873-01                  | Aguiles Lisboa Fernandes Junior |              |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                                 |                                 |              |
| Nome completo:                                                                                                                        |                                 | CPF:                            |              |
| Aguiles Lisboa Fernandes Junior                                                                                                       |                                 | 008.872.873-01                  |              |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:                       | Número:                         | Complemento: |
| Militar                                                                                                                               | CS Jose Almeida S/N QD-A02 C-35 | 35                              | Casa         |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:                         | Estado:                         | CEP:         |
| Moacombinho                                                                                                                           | Teresina                        | PI                              | 64010-010    |
| E-mail:                                                                                                                               | Tel. (DDD):                     |                                 |              |
|                                                                                                                                       | (86) 99534-6565                 |                                 |              |

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 27011 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                  |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:          | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |
| Vítima teve filhos?              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                       | Se tinha filhos, informar quantos:                                                              |
|                                  |                                                                                                                                                                                                 | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|                                  | Vivos: Falecidos:                                                                                                                                                                               | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não        |

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Teresina - Piauí 02/04/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.005480/2018-39**

Unidade de Registro: 09º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Isabela Thamirys Silva Amaral

Data/Hora: 25/10/2018 - 12:26

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

02º DP DE TERESINA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. SANTOS DUMONT, Nº: S/Nº

Complemento

CRUZAMENTO COM RUA 13 DE MAIO

Data/Hora

16/10/2018 - 11:20

Bairro

VILA OPERÁRIA

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: **AQUILES LISBOA FERNANDES**

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 194534 SSP PI

Mãe: TERESINHA DE JESUS FERNANDES DA SILVA

Pai: AMINTAS FLORIANO DA SILVA

Endereço: QUADR 02 CASA 35 SETOR A MOCAMBINHO II, Nº Q02 C35

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8802-4328 86-9921-4381

Nome: **AQUILES LISBOA FERNANDES JÚNIOR**

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1000303758 SSP PI

Mãe: MARIA DO ROSÁRIO QUEIROZ FERNANDES

Pai: AQUILES LISBOA FERNANDES

Endereço: QUADR 02 CASA 35 SETOR A MOCAMBINHO II, Nº Q02 C35

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8802-4328

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O noticiante relata que, por volta das 11h e 20 min da manhã do dia 16/10/2018, seu filho de nome Aquiles Lisboa Fernandes Júnior, junto com seu garupa Ednardo Miranda Nunes, conduzia sua motocicleta marca Honda Pop 110 I, de cor vermelha, placa PY- 8195, do centro de Teresina com destino a sua residência no bairro Mocambinho, passando pela avenida Santos Dumont, quando o veículo Ônix, de placa PYS-1052, de propriedade MOVIDA LOCAÇÃO DE VEÍCULOS S.A. CNPJ: 07976147/0022-95, invadiu a Rua 13 de MAIO, colidindo com a moto do seu filho que neste momento trafegava pela preferencial, provocando danos materiais no veículo Ônix e na moto Honda Pop, bem como lesão corporal no seu filho, que fraturou a perna e o braço. Ressalta-se que o condutor do veículo Ônix prestou socorro à vítima e chamou a perícia; Que no momento em que seu filho foi conduzido pelo SAMU sendo levado para a clínica COT, não entrou mais em contato para saber notícias sobre o estado de saúde da vítima. As declarações são de inteira responsabilidade do noticiante.

Isabela Thamirys Silva Amaral  
Isabela Thamirys Silva Amaral - Mat. 2724863  
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

AQUILES LISBOA FERNANDES JÚNIOR - Noticiante  
Responsável pela Informação





Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1463 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.005480/2018-39

Organe Klaine Cardoso da Silva  
Delegada de Polícia Civil  
Delegado nº 189.505-4





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.002035/2019-14**

Complementar ao BO Nº: 100102.005480/2018-39

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

Data/Hora: 09/04/2019 - 11:15

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

02º DP DE TERESINA

Data/Hora

16/10/2018 - 11:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

VILA OPERÁRIA

Endereço

AV. SANTOS DUMONT, Nº: S/Nº

Complemento

CRUZAMENTO COM RUA 13 DE MAIO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: **AQUILES LISBOA FERNANDES**

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 194534 SSP PI

Mãe: TERESINHA DE JESUS FERNANDES DA SILVA

Pai: AMINTAS FLORIANO DA SILVA

Endereço: QUADR 02 CASA 35 SETOR A MOCAMBINHO II, Nº Q02 C35

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8802-4328 86-9921-4381

Nome: **AQUILES LISBOA FERNANDES JÚNIOR**

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1000303758 SSP PI

Mãe: MARIA DO ROSÁRIO QUEIROZ FERNANDES

Pai: AQUILES LISBOA FERNANDES

Endereço: QUADR 02 CASA 35 SETOR A MOCAMBINHO II, Nº Q02 C35

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8802-4328

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina, PI

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O noticiante relata que, por volta das 11h e 20 min da manhã do dia 16/10/2018, seu filho de nome Aquiles Lisboa Fernandes Júnior, junto com seu garupa Ednardo Miranda Nunes, conduzia a motocicleta marca Honda Pop 110 I, de cor vermelha, placa PIY- 8195, de propriedade da senhora MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE QUEIROZ, do centro de Teresina com destino a sua residência no bairro Mocambinho, passando pela avenida Santos Dumont, quando o veículo Ônix, de placa PYS-1052, de propriedade MOVIDA LOCAÇÃO DE VEÍCULOS S.A. CNPJ: 07976147/0022-95, invadiu a Rua 13 de MAIO, colidindo com a moto que seu filho conduzia que neste momento trafegava pela preferencial, provocando danos materiais no veículo Ônix e na moto Honda Pop, bem como lesão corporal no seu filho, que fraturou a perna e o braço. Ressalta-se que o condutor do veículo Ônix prestou socorro à vítima e chamou a perícia; Que no momento em que seu filho foi conduzido pelo SAMU sendo levado para a clínica COT, não entrou mais em contato para saber notícias sobre o estado de saúde da vítima. As declarações são de inteira responsabilidade do noticiante.

Michelly Dayanne Soares Do Nascimento - Mat. 2799502  
AGENTE DE POLÍCIA

Aquiles Lisboa Fernandes Júnior  
AQUILES LISBOA FERNANDES JÚNIOR - Noticiante  
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

762 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100102.002035/2019-14**

Complementar ao BO Nº: 100102.005480/2018-39

*[Assinatura]*  
Delegado de Polícia Civil  
Sebastião Alves de Oliveira Neto  
Delegado de Polícia Civil  
Mat.: 130.093-8  
Gerente de Polícia Metropolitana



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA METROPOLITANA  
9º DISTRITO POLICIAL DE TERESINA



Ofício Nº 200/9ºDP/2019

Teresina, 09 de abril de 2019

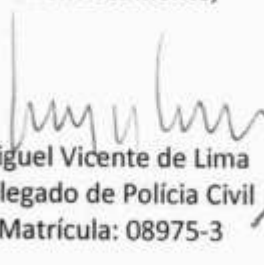
ILMO. SR.  
PAULO HENRIQUE CAMPELO LIMA  
Gerência de Sistemas da SSP-PI  
Teresina-PI.

Senhor Gerente,

Ao cumprimentá-lo, venho por meio deste expediente, solicitar a retificação das informações prestadas no BO nº 100102.005480/2018-39, **para que seja acrescentado na narrativa o nome da proprietária da motocicleta HONDA POP 110 I, placa PIY-8195, Teresina-PI, "Maria do Socorro Pereira de Queiroz", RG nº 1.114.883, CPF 439.506.633-04**, pois, no referido boletim, foi informado de maneira incorreta como sendo de propriedade de Aquiles Lisboa Fernandes Júnior.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, colho o ensejo para renovar protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

  
Miguel Vicente de Lima  
Delegado de Polícia Civil  
Matrícula: 08975-3



R.H. 09/04/19  
11208m  
279-950-2

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|                                                                                                                                       |                                 |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:                  | Nome completo da vítima:        |
|                                                                                                                                       | 008.872.873-01                  | Aguiles Lisboa Fernandes Junior |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                                 |                                 |
| Nome completo:                                                                                                                        | CPF:                            |                                 |
| Aguiles Lisboa Fernandes Junior                                                                                                       | 008.872.873-01                  |                                 |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:                       | Número: Complemento:            |
| Militar                                                                                                                               | CS Jose Almeida S/N QD-A02 C-35 | 35 Casa                         |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:                         | Estado: CEP:                    |
| Macambinho                                                                                                                            | Teresina                        | PI 64010-010                    |
| E-mail:                                                                                                                               |                                 | Tel. (DDD):                     |
|                                                                                                                                       |                                 | (86) 99534-6565                 |

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0029 ☐ CONTA: 27011 ☐ 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:                                                       | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima:                                              | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:                                                                                                                                            | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|                                                                               |                                                                                                                                                                                                 | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não        |

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Teresina-Piauí 02/04/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado             | 01 N° do chamado<br>22451 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 02 Data do chamado<br>06/10/18                                                    | 03 PRO (código)<br>28418                                                                             | 04 Saída do PA<br>13 33                                                                                                | 05 Chegada ao local<br>11 40                                                  |
|                              | 06 Saída do local<br>12 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 07 Chegada ao 1° hospital<br>12 22                                                | 08 Saída do 1° hospital                                                                              | 09 Chegada ao 2° hospital                                                                                              |                                                                               |
| Local da Ocorrência          | 10 Endereço<br>Av Santos Dumont / 13 de Maio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
|                              | 11 Bairro<br>Vila Operária                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 12 Município-UF<br>Te/PI                                                          | Código JBGE<br>223100                                                                                |                                                                                                                        |                                                                               |
| Dados do Paciente            | 13 Ponto de referência<br>Colégio Nova Geração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
|                              | 14 Nome<br>Aquiles Lisboa Fernandes Junior 349                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 15 Sexo<br>1 Masculino<br>2 Feminino<br>9 Ignorado                                |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
| Tipo de Ocorrência           | 16 Idade<br>05,84                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?                                                         |                                                                                                                        |                                                                               |
|                              | 1- Dia<br>2- Mês<br>3- Ano<br>9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   | Se idade ignorada, preencha com 999<br>1- Sim<br>2- Não<br>9- Ignorado                               |                                                                                                                        |                                                                               |
| Acidente de Transporte       | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
|                              | 01 - Acidente de transporte    06 - Tentativa de suicídio    11 - Queda    16 - Outros<br>02 - Agressão física-espantamento    07 - Envenenamento    12 - Urgência clínica<br>03 - Agressão física-FAF    08 - Afogamento    13 - Urgência obstétrica<br>04 - Agressão física-FAB    09 - Queimadura    14 - Transferência<br>05 - Urgência psiquiátrica    10 - Choque elétrico    15 - Exames complementares |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
| Exame Físico                 | 19 Vitima<br>1- Pedestre<br>2- Condutor<br>3- Passageiro<br>9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 20 Meio de locomoção<br>1- A pé<br>2- Automóvel<br>3- Motocicleta<br>4- Bicicleta | 21 Outra parte envolvida<br>1- Automóvel<br>2- Motocicleta<br>3- Ônibus/Micro-ônibus<br>4- Bicicleta | 22 Equipamentos de segurança<br>Capacete <input type="checkbox"/> Airbag<br>Cinto de segurança<br>Assento para criança | 23 Glasgow = 15<br>ABERTURA OCULAR<br>3- Espontânea<br>2- À voz<br>1- Nenhuma |
|                              | 24 Sinais Vitais<br>Pulso 100<br>Resp. 20/8<br>PA 95<br>SatO2 95                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                   | 25 Local da lesão<br>                                                                                |                                                                                                                        |                                                                               |
| Assistência                  | 26 Pupilas<br>1- Iguais<br>2- Desiguais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 27 Pulso Radial<br>1- Cheio<br>2- Fino<br>3- Ausente                              | 28 Sangramento<br>1- Sim<br>2- Não                                                                   | 29 Dor<br>ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor    1 Leve    3 Moderada    7 Intensa    10                              | 30 Fratura<br>1- Sim    2- Não    3- Suspeito                                 |
|                              | 31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não)<br>[ ] Aspiração    [x] Prancha longa/curta    [x] Imobilização de extremidades    [ ] Glicemia<br>[ ] Oxigênio    [x] Colar cervical    [ ] Reanimação cardiopulmonar    [ ] Acesso Venoso<br>[ ] Curativos    [ ] Kred    [ ] Assistência obstétrica    [ ] Medicamentos a)    b)                                                                                |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
| Hospital de Destino          | 32 Hospital de Destino<br>COT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
|                              | 33 Condições de entrada<br>1- Melhorado    2- Piorando    3- Inalterado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
| Observações Interdisciplinar | 34 Óbito<br>1- Sim    2- Não<br>[ ] Antes do socorro    [ ] Antes do transporte    [ ] Durante o transporte                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
|                              | Colagem molhante. Paciente consciente, orientado, fãsta, sem náuseas, vômitos, condutor, com capacete e não alcoolizado. NEGA perda de consciência, vômitos, hemorragia, doença pregressa ou uso de medicamentos de comunidade. ALER-GICO AO AAS (ácido acetil salicílico)                                                                                                                                     |                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                               |
| Responsável pela recepção    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Socorristas<br>Médico<br>AE/TE                                                    |                                                                                                      | Enfermeiro<br>Condutor                                                                                                 |                                                                               |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
C 3 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cônego de Resende, 100  
Centro - N.º 100 - CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000027011-3

---

Nr. da Autenticação 12EB29A40FEC5E8D

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 158 - Centro Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.002-470 Fone: (066) 3211.380-6  
Fax: (066) 3211.380-7 E-mail: atendimento@cppe.com.br  
Página Internet: www.cppe.com.br

Nº da Nota Fiscal: 012529505

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| PERÍODO DE FATURAMENTO | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------------------|------------|---------------|---------------------|
| OUTUBRO/2018           | 26/10/2018 | 404           | 417,02              |

AQUILES LISBOA FERNANDES  
CJ JOSE ALMEIDA NETO S/N QD A02 CASA 35 MOCAIMINHO  
CPF: 00013129643320  
CEP: 64.010-010 - TERESINA

| INDICADOR DE EFICIÊNCIA  | KWH   | DATAS DE LEITURA            |
|--------------------------|-------|-----------------------------|
| Atual                    | 29572 | Atual: 18/10/2018           |
| Anterior                 | 29168 | Anterior: 18/09/2018        |
| Consumo de Multiplicador | 1,000 | Próxima Leitura: 20/11/2018 |
| Consumo em kWh           | 404   | Anterior: 17/10/2018        |
| Consumo Residual         | 404   | Aproximação: 18/10/2018     |

NORMAL

340

| RESIDENCIAL | MONO | 1017537 | 1.1.1.1 | 305 |
|-------------|------|---------|---------|-----|
|-------------|------|---------|---------|-----|

| CONSUMO (KWH) | DESCRIÇÃO DA CARGA                  | VALOR (R\$)                 |
|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| SET/18        | CONSUMO                             | 404 A R\$ 0,395876 = 361,93 |
| AGO/18        | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)      | 29,28                       |
| JUL/18        | CORRECAO MONETARIA IGPH (2X)        | 7,00                        |
| JUN/18        | MULTA POR ATRASO (2X)               | 11,03                       |
| MAI/18        | JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER      | 7,78                        |
| ABR/18        | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 20,15 |                             |
| MAR/18        |                                     |                             |
| FEV/18        |                                     |                             |
| JAN/18        |                                     |                             |
| DEZ/17        |                                     |                             |

Mes/Ano Valor R\$ 09/2018 361,93

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica em caso de inadimplência. O valor do consumo é informado pelo sistema de medição. O valor do consumo é informado pelo sistema de medição. O valor do consumo é informado pelo sistema de medição.

LIGUE 0800 030 0000 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESUMIDO DO TCCO F0FC.98DC.FA3A.9EA3.55B4.31BC.A04B.11FF

| CONTRIBUIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$ |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Transmissão                 | 69,64                          |
| Energia                     | 112,47                         |
| Distribuição                | 20,34                          |
| Energia                     | 71,11                          |
| Tributos                    | 117,47                         |

INDICADOR DE CONTINUIDADE

5,31 10,63 21,25 1,24 6,48 12,96 1,01

61,60

61,60

61,60

FLR 511A-MARQUES

05/10/18

97,42

83600000004 9 17020017000 0 000000000083 6 58541018008 7



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
13 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-88 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 016887345

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

| CONTA MES    | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------|------------|---------------|---------------------|
| JANEIRO/2019 | 30-01-2019 | 365           | 366,81              |

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

| DADOS DA LEITURA            |       | DATA DA LEITURA |
|-----------------------------|-------|-----------------|
| Atual:                      | 19428 | 23/01/2019      |
| Anterior:                   | 19063 | 26-12-2018      |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | 22-02-2019      |
| Consumo Medido:             | 365   | 22-01-2019      |
| Consumo Faturado:           | 365   | 23-01-2019      |
| NORMAL                      |       | 28              |

| Classificação | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pst. | Módulo 12 meses |
|---------------|---------|----------------|-------|-------------|-----------------|
| COMERCIAL     | MONO    | A1418740       |       | 3.5.3.1     | 187             |

| HISTÓRICO kWh                              | DESCRIÇÃO DA CONTA                   |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| DEZ/18 57                                  | CONSUMO 365 A R\$ 0,927099 = 338,39  |
| NOV/18 0                                   | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 27,31 |
| OUT/18 96                                  | MULTA POR ATRASO 12/18-00 1,00       |
| SET/18 299                                 | JUROS POR ATRASO 12/18-00 0,11       |
| AGO/18 232                                 |                                      |
| JUL/18 184                                 |                                      |
| JUN/18 208                                 |                                      |
| MAI/18 211                                 |                                      |
| ABR/18 159                                 |                                      |
| MAR/18 307                                 |                                      |
| TARIFA SEM TRIBUTOS:<br>0 A 365 - 0,927099 |                                      |

MENSAGENS IMPORTANTES (PREVISO DE VENCIMENTO)  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 22-01-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3209.325E.C2C1.DDCD.6415.B8B8.FF96.0FCB

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 65,69       | Base de Cálculo: 338,39 |
| Energia: 126,93           | Alíquota ICHS: 27,00%   |
| Transmissão: 21,49        | Valor do ICHS: 91,36    |
| Encargos: 13,54           | Valor do PG: 3,45       |
| Tributos: 110,74          | Valor do COPAS: 15,93   |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03  
0,00 0,00 0,00

TERESINA - MACAUBA

11/2018

8,75

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
13 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aguiles Lisboa Fernandes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 008.872.873 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Aguiles Lisboa Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.872.873 / 01, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                   |                        |                         |                                              |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u> |                        | Número <u>544</u>       | Complemento <u>Sala</u>                      |
| Bairro <u>Centro</u>              | Cidade <u>Teresina</u> | Estado <u>PE</u>        | CEP <u>64.000-235</u>                        |
| Email                             |                        | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular(DDD) <u>(86) 99624-8365</u> |

Teresina, 02 de Abril de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria do Socorro Pereira de Queiroz  
RG nº 1.114.883, data de expedição 19/05/2016  
Órgão SSP, portador do CPF nº 439.506.633-04  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Quadrante "A" nº 17 "Pony Piramim I", nº 14  
complemento Residência, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
+ Aquiles Lisboa Fernandes Júnior, cujo o condutor era  
+ Aquiles Lisboa Fernandes Júnior  
Veículo: HONDA Modelo: POP 110 I Ano: 2018  
Placa: PIY-8195 Chassi: 9C2JB0100JR043727  
Data do Acidente: 16/10/2018

Local e Data: 02-Abril-2019 Teresina-Piauí

Maria do Socorro Pereira de Queiroz  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
R. Lázaro Marques, 1231 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 321-0158 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Título: Cartório 3º Ofício de Notas

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DO SOCORRO PEREIRA DE QUEIROZ, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 02/04/2019. Selo: AAB87556-SB5R  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta)

Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado  
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 70  
DECL DO PROPRIETARIO DO VEICULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELCO  
DIGITAL

Cartório 3º Ofício de Notas  
José Hamilton A. Cardoso  
Autorizado

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Paciente: AQUILAS LISBOA FERNANDES JUNIOR

End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Qd. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 16/10/2018 12:36 DR CIARINDO VERNAS

No. atend. 274269 URGENCIA

• URGENCIA IAPEP

ACIDENTE COM VEICULO MOTOR NA VIA PUBLICA. SIG  
dores edema com deformidade na perna e tornozelo dir.  
ferimento lacero-contuso no punho e mao dir.  
rx de antebraço dir, mao dir, perna dir e tornozelo dir.  
fratura de diafise distal de tibia dir + fratura de mal medial a dir + ferimento lacero-contuso no punho e mao dir.  
tala luva a dir e completa de membro inferior dir  
internado para cirurgia.  
sol exames.



Centro Ortopédico Teresina Ltda  
Estado de B. Verrão Filho  
Secretaria Administrativa

Paciente: AGUIIAS LISBOA FERRANDES JUNIOR  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cd. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 25/10/2018 14:02 DR CLAUDIO VERAS \* CONSULTA IAPRP  
ECT OPERADO

operado da mao dir, dia 16/10/18, por dr Tercio.  
operado de perna dir, dia 17/10/18, por min, com placa de pilao distal longa.  
discreto edema na perna dir.  
retirar tala da mao dir.

Centro Ortopedico Teresina Ltda  
Dr. Claudio de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo

**Centro Ortopedico Teresina Ltda**  
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Paciente: AGUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI  
Data: 01/11/2018 13:33 DR CLARINDO VERRAS \* RETORNO IAPBP  
sem edema na perna e mao dir.  
retirar tala.

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Centro Ortopedico Teresina Ltda  
Clarindo de B. Verras Neto  
Diretor Administrativo

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                                            |
| C 3 ABR 2019                                                                                              |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro-Norte CEP: 64.002-470<br>Teresina-PI |

**Centro Ortopedico Teresina Ltda**  
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1  
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AGUIAR LISBOA FERNANDES JUNIOR  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI  
Data: 06/11/2018 14:18 DR CLAUDIO VERA  
RET PONTOS \* RETORNO IAPB  
sem dores.  
retirar pontos de perna e mao dir.  
retornar com 15dias.



Paciente: AGUILES LISINA FERNANDES JUNIOR  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 20/11/2018 13:20 DR CLAUDIO VERAS \* RETORNO IAPIP  
RX

sem dores na perna dir.  
dores edema na mao dir.  
rx de perna e mao dir.frat alinhada de tibia distal a dir. 14  
mao dir. 1.2.4.  
orientado exerciçios com a mao dir.  
15dias.

Centro Ortopedico Teresina Ltda  
Cláudio de B. Veras Neto  
Gerente Administrativo

**Centro Ortopedico Teresina Ltda**  
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1  
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AQUILAS LISBOA FERNANDES JUNIOR.  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 04/12/2018 13:01 DR CLAUDIO VERAS  
RX

\* CONSULTA IAPED

sem dores na perna e tornozelo dir.  
rx de perna e tornozelo dir.  
frat alinhada de tibia distal a dir  
retornar jan/19

Centro Ortopedico Teresina Ltda  
Claudio de B. Veras Mdt  
Diretor Administrativo



**Centro Ortopedico Teresina Ltda**  
AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Paciente: AGUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 08/01/2019 13:22 DR CLARINDO VERAS \* CONSULTA IAPEP  
RX

controle  
rx de perna dir. frat em consolidação de tibia distal a dir. 14  
manter sem carga ate final do mes.

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Centro Ortopedico  
Cléf. Mos de B. Veras Jr  
Diretor Administrativo



**Centro Ortopédico Teresina Ltda**

AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AQUILAS LISBOA FERNANDES JUNIOR  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI  
Data: 29/01/2019 13:05 DR CLARINDO VERAS \* RETORNO LAPEP

Iniciar carga progressiva.  
Iniciar fisioterapia.

Centro Ortopédico Teresina Ltda  
Clarindo de B. Veras Pele  
Diretor Administrativo

**Centro Ortopedico Teresina Ltda**

AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1  
Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AQUILAS LISBOA FERNANDES JUNIOR  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO Cid. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 20/02/2019 13:04 DR CLAUDIO VERRAS  
RX \* CONSULTA IAPBP

sem dores na perna dir.  
rx de perna dir. frst em consolidação de tibia distal a dir. 14  
retirar muletas.  
retornar com 30dias.

Centro Ortopedico Teresina Ltda  
Claudio de B. Verras Neto  
Diretor Administrativo



**Centro Ortopedico Teresina Ltda**

AV. MIGUEL ROSA Teresina-PI

SALUS Gestão Hospitalar  
ATENDIMENTO CLÍNICO

Página 1 de 1

Por: ASS Em: 28/03/2019

Paciente: AGUIAS LISBOA FERNANDES JUNIOR  
End. Q 2 CASA 35 ST A Bairro MOCAMBINHO CID. TERESINA UF PI CEP 64000 Fone (86)3224-6457 Ident.: Fone 2.109.008 PI

Data: 28/03/2019 12:57 DR CLAUDIO VERAS  
RX \* CONSULTA IAPED

dóres na perna dir.  
rx de perna dir. frax consolidada de tibia a dir 14  
liberado sem sequelas.  
DPVAT.

Centro Ortopedico Teresina Ltda.  
Cláudio de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA  
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900  
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Pront.: 0024365 Adm: 16/10/2018 Hrs: 14:23  
ADRIELIS LISBOA FERNANDES JUNIOR  
Ox: PLANTA Mt: 04087803  
Med: DR CLAUDIO VERAS Usu: HSA  
Dt. Nasc: 14/05/1984 CPF: 00987287301

## BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: Fratura de Tibia Direita

Diag. Principal: \_\_\_\_\_

Causa Mortis: \_\_\_\_\_

Histo patológico: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA CLÍNICA

Dor + limitação de movimentos no  
pé direito

### Tratamento TIPO:

( ) Nenhum ( ) Médico ( ) Cirúrgico ( ) Médico-Cirúrgico/Eficácia  
( ) Eficaz ( ) Ineficaz ( ) Prejudicial ( ) Não avaliado

### SAÍDA:

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) A pedido  
( ) Decisão Médica ( ) Evasão Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

### TRANSFERÊNCIA:

( ) Tisiologia ( ) Psiquiatria ( ) Outros

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Cláudio de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo

Visto do Diretor do Hospital

CONFERE COM O ORIGINAL  
Cláudio de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo  
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA





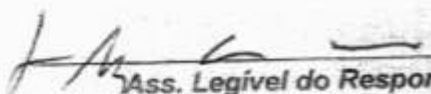
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA  
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900  
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
  - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOUREIRA e ou RECEPCIONISTA.
  - 1.2. A quitação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:  
MANHÃ: 07:30 às 11:30;  
TARDE: 13:30 às 17:30hs.
  - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
  - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
  - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.
  - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
  - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
2. Pacientes de convênios com direito a enfermaria que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diária e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
  - 2.1. As Internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
  - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
  - 2.3. Paciente particular e P.econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.

CIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI) 16 de outubro de 2018

  
Ass. Legível do Responsável

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

END: \_\_\_\_\_

CONFERE COM O ORIGINAL  
Cláudio de B. Vêras Neto  
Diretor Administrativo  
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA**  
C.N.P.J. 07.224.106/0001-07 - Fone: (86)3230-7900  
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Print.: 0024365 Adm: 16/10/2018 Hrs: 14:23  
AGUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR  
Cv: PLANTA Mt: 04087803  
Med: DR CLARINDO VERAS Usu: HSA  
Dt. Nasc: 14/05/1984 CPF: 00887287301

# BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: Fratura cominutiva fíbula D  
Operação: fxo cominutiva  
Cirurgião: Clarindo  
1º Auxiliar: Zenedito 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
Instrumentador(a): Araceli Circulante: Antonio

Técnica e Tática Cirúrgica: paciente sob anestesia / Antissepsia / Anestesia / Campos estéril / punção / drenagem / redução de fratura / fixação com placa + parafusos bloqueados / curativo com gaze / sutura da pele / curativo / curativo / A.R.S.

## MEDICAMENTOS

|                                  |                                    |                               |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Adrenalina..... 2:               | Haloperidol..... 85:               | Ringer lactado 500ml.....134: |
| Água destilada 500ml..... 256:   | Halothano..... 86:                 | Solu cortef 500mg..... 153:   |
| Água destilada 10ml..... 11:     | Heparina sc..... 87:               | Soro fisiol. 1000ml..... 164: |
| Aminofilina..... 18:             | Ketalar..... 193:                  | Soro fisiol. 500ml..... 165:  |
| Atropina..... 24:                | Narcan..... 244:                   | Soro glicol. 500ml..... 166:  |
| <del>Atropina 10</del> ..... 93: | Neocaina 0,5% clad..... 115:       | Thiopental 1g..... 1:         |
| Decadron 4mg..... 275:           | Neocaina 0,5 % isobárica..... 117: | Tilatil 20mg..... 173:        |
| Dimorf 0,2mg..... 51:            | Neocaina 0,5 % pesada..... 118:    | Tracur..... 273:              |
| Dimorf 1mg..... 52:              | Neocaina 0,5 % s/ad..... 116:      | Valium amp..... 46:           |
| Dolantina..... 53:               | Neomicina pom..... 119:            | Vaselina tb..... 180:         |
| Dormina 15mg..... 54:            | Novalgina amp..... 121:            | Xilestasin gel..... 182:      |
| Dropidol..... 190:               | Pancuron..... 274:                 | Xilocaina 2% clad..... 183:   |
| Etonil..... 55:                  | Plasil..... 130:                   | Xilocaina 2% s/ad..... 184:   |
| Fentanil 10ml..... 61:           | Propofol 10mg..... 272:            | Zofran amp..... 185:          |
| Fentanil 2ml..... 62:            | Presilina..... 200:                | <u>Fraxalix - 01 un</u>       |
| Genfamycin 80mg..... 77:         | Quintal..... 201:                  |                               |
| Glicose 50%..... 242:            | Revivan..... 202:                  |                               |

## MEDICAMENTOS

|                               |                            |                                 |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Agua oxigenada..... 13:       | Coletor de urina..... 36:  | Microport 25mm..... 72:         |
| Agua desc..... 06:            | Compressa G..... 39:       | Plexu G 24..... 270:            |
| Agua peridural 18 G..... 7:   | Compressa P..... 38:       | Polifix 2 vias..... 199:        |
| Agua raque 25 G..... 8:       | Dreno penrose..... 260:    | Pvpi degomante..... 131:        |
| Agua raque 26 G..... 14:      | Equipo macrogota..... 191: | Pvpi tópico..... 132:           |
| Agua raque 27 G..... 9:       | Equipo sangue..... 192:    | Scalp..... 142:                 |
| Agua raque 29 G..... 10:      | Esparadrapo..... 56:       | Seringa 1 ml..... 148:          |
| Alcol a 70%..... 15:          | Éter..... 58:              | Seringa 10 ml..... 150:         |
| Alcol iodado..... 258:        | Formol..... 79:            | Seringa 20 ml..... 151:         |
| Algodão bolé..... 265:        | Gases S.O..... 40:         | Seringa 5 ml..... 149:          |
| Al. Algodão ortop..... 20:    | Geico..... 80:             | Sonda Foley..... 156:           |
| Al. Crepe 10 cm..... 21:      | Gono descartável..... 268: | Sonda uretral..... 160:         |
| Al. Crepe 15 cm..... 22:      | lodo a 2%..... 88:         | Vaselina líquida..... 179:      |
| Al. Crepe 20 cm..... 19:      | Lamina bisturi..... 194:   | <u>Chetrolin - 01</u>           |
| Al. Gessada 20 cm..... 23:    | Luva procedimento..... 98: | <u>1 RX</u>                     |
| Borracha latex..... 264:      | Luvax 7,5/8,0..... 96:     | <u>INTENSIFICADOR DE IMAGEM</u> |
| Cateter intravenoso..... 269: | Mascaras desc..... 198:    |                                 |
| Cateter peridural..... 269:   | Microport 12.5mm..... 71:  |                                 |

## FIOS

|                               |                               |                                 |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Cera Cotas NY310..... 280:    | Monofil / 3/1936H..... 106:   | Polycot / 0/SPA45/..... 282:    |
| Cromado / 0/802T..... 280:    | Monofil / 4/426H..... 107:    | Polycot / 2/0/SPA44T/..... 283: |
| Cromado / 1/803T..... 279:    | Monofil / 5/542H..... 111:    | Polycot / 3/0/SPA43T/..... 284: |
| Dermabond..... 285:           | Monofil / 6/642H..... 108:    | Proline / 2/0/8411T/..... 281:  |
| Ethibond / 2/0/820T/..... 59: | Monofil / 7/742H..... 109:    | Vicril / 1/US617H/..... 179:    |
| Ethibond / 5/0/845G/..... 60: | Monofil / 4-0/1429..... 110:  | Vicril / 1-0/3430H/..... 278:   |
| Monofil / 0/1358H/..... 104:  | Monofil / 5-0/14501..... 112: |                                 |
| Monofil / 2/1349H/..... 105:  | Monofil / 6-0/14500..... 113: |                                 |

Data: 18, 10, 18

Cirurgião - CRM: \_\_\_\_\_

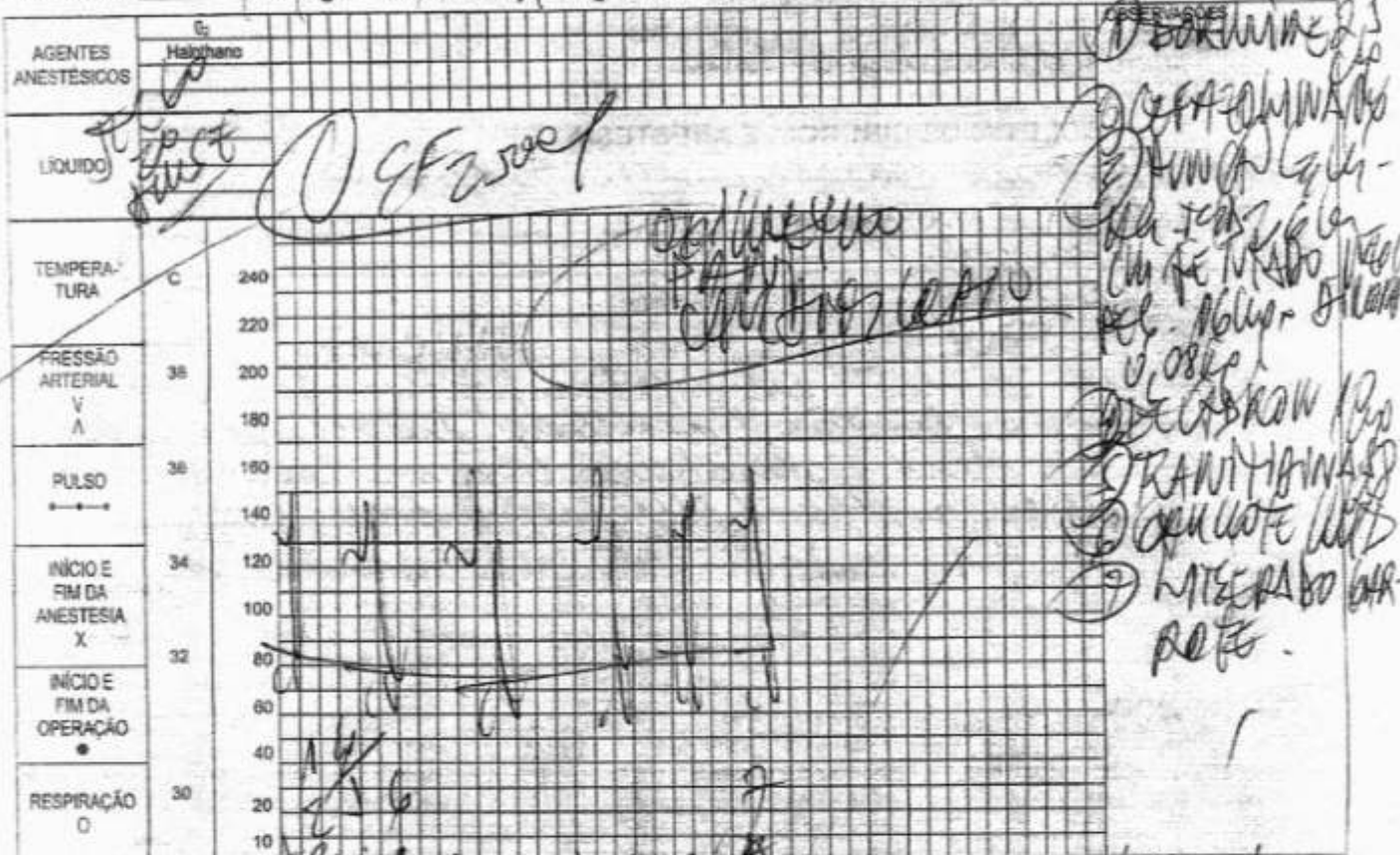
Dr. Clarindo Veras & Junior  
Ortopedia  
Cirurgia de Joelho  
CRM PI 4551 T107: 14058

Anestesia:

RAQUIANESTESIA

Risco(ASA):

I-E



SÍMBOLO

TECNOLOGIA

ATIVIDADES

JUSTIFICAR

| LIQUIDOS        | PAC. TRANSFUNDIDO              | OXIGENIO/h    | PROTO. DE AZOTO/h | AR COMPRIMIDO/h |
|-----------------|--------------------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| SF 0.9% 2500 ml | GS _____ RH _____              | Início: _____ | Início: _____     | Início: _____   |
| SG 5% _____ ml  | Conc. Hem: _____ ml _____ unid | Tér.: _____   | Tér.: _____       | Tér.: _____     |
| _____ ml        | _____ : _____ ml _____ unid    | Durac: _____  | Durac: _____      | Durac: _____    |
| TOTAL 2500 ml   | _____ : _____ ml _____ unid    | l/m           | l/m               |                 |

## EQUIPAMENTOS

|                                                                      |                              |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Bisturi: <input checked="" type="checkbox"/> elétrico ( ) bipolar    | Intensificador de imagem ( ) | Garrote pneumático <input checked="" type="checkbox"/> |
| Serra elétrica: ( ) osso ( ) gesso                                   | Aparelho artroscópico ( )    | Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/>           |
| Perfurador: ( ) elétrico <input checked="" type="checkbox"/> bateria | Desfibrilador ( )            | Ulipos aspirador ( )                                   |
| Raio X na sala ( )                                                   | Aspirador ( )                | Fibra ótica ( )                                        |
| Monitor cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>                 | Lupa cirúrgica ( )           |                                                        |

## MATERIAIS E PRÓTESES

|                               |                                        |                           |
|-------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| Dono de Sessão: _____ unid    | Parafuso cortical n° _____ P _____     | Cimento ortop: _____ dose |
| Fio Kircher: _____ unid       | Quantidade _____ G _____               | Prótese: _____            |
| Fio Steinmann: _____ unid     | Parafuso molecul n° _____ P _____      | Acetábulo: _____          |
| Fio vazado: _____ unid        | Quantidade _____ G _____               | Haste Kunthischer: _____  |
| Fio seelapom: _____ unid      | Parafuso esponjoso n° _____ P _____    | Fixador externo: _____    |
| Fio guia 4 furos: _____ unid  | Quantidade _____ G _____               |                           |
| Grampos de Blount: _____ unid | Paraf. Inter. Titânio n° _____ P _____ |                           |
| Placa n° _____                | Quantidade _____ G _____               |                           |

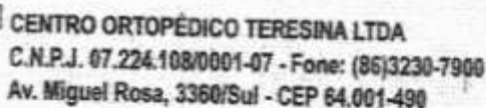
Data: 18, 10, 18

Anestesiista - CRM:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

Dr. ENE LOM O GREG/Nelly  
 Clarinda de B. Vagos Neto  
 Diretor Administrativo  
 CARGO ORÇAMENTO E TENDAS



## BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
Instrumentador(a): Rafael Circulante: 12 Am H

Técnica e Tática Cirúrgica: (1) Paciente em D.O. sob anest. local + sedação (2) Exploração de lesão e identificação de tendão externo do 3º dedo (3) Realização de anastomose e sutura da lesão de gde.

| MEDICAMENTOS                    |                                     |                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Adrenalina ..... 2:             | Haloperidol ..... 85:               | Ringer lactado 500ml ..... 134: |
| Água destilada 500ml ..... 256: | Halothano ..... 86:                 | Solu cortef 500mg ..... 153:    |
| Água destilada 10ml ..... 11:   | Heparina sc ..... 87:               | Soro fisiol. 1000ml ..... 164:  |
| Aminofilina ..... 18:           | Ketalar ..... 193:                  | Soro fisiol. 500ml ..... 165:   |
| Atropina ..... 24:              | Narcan ..... 244:                   | Soro glicol. 500ml ..... 166:   |
| Cefalotina 1g ..... 93:         | Neocaina 0,5% c/ad ..... 115:       | Thiopental 1g ..... 1:          |
| Decadron 4mg ..... 275:         | Neocaina 0,5 % isobárica ..... 117: | Tiletal 20mg ..... 173:         |
| Dimorf 0,2mg ..... 51:          | Neocaina 0,5 % pesada ..... 118:    | Tracur ..... 273:               |
| Dimorf 1mg ..... 52:            | Neocaina 0,5 % s/ad ..... 119:      | Valium amp ..... 46:            |
| Dolantina ..... 53:             | Neomicina pom ..... 119:            | Vaselina tb ..... 180:          |
| Dormine 15mg ..... 54:          | Novalgina amp ..... 121:            | Xilestiesin gel ..... 182:      |
| Droperidol ..... 190:           | Pancuron ..... 274:                 | Xilocaina 2% c/ad ..... 183:    |
| Efortil ..... 55:               | Plasil ..... 130:                   | Xilocaina 2% s/ad ..... 184:    |
| Fentanil 10ml ..... 61:         | Propofol 10mg ..... 272:            | Zolfran amp ..... 185:          |
| Fentanil 2ml ..... 62:          | Prostigmine ..... 200:              |                                 |
| Gentamicina 80mg ..... 77:      | Quelicin ..... 201:                 |                                 |
| Glicose 50% ..... 242:          | Revivan ..... 202:                  |                                 |

02

04

transafox 01 ml

| MEDICAMENTOS          |      |    |                   |      |                  |      |
|-----------------------|------|----|-------------------|------|------------------|------|
| Agua oxigenada        | 13:  |    | Coletor de urina  | 36:  | Micropore 25mm   | 72   |
| Agua desc.            | 06:  | 06 | Compressa G       | 39:  | Plastix G 24     | 270: |
| Agulha peridural 18 G | 7:   |    | Compressa P       | 38:  | Potifix 2 vias   | 199: |
| Agulha raque 25 G     | 8:   |    | Dreno penrose     | 260: | Pvpi degermante  | 131: |
| Agulha raque 26 G     | 14:  |    | Equipo macrogota  | 191: | Pvpi tipico      | 132: |
| Agulha raque 27 G     | 9:   |    | Equipo sangue     | 192: | Scalp            | 142: |
| Agulha raque 29 G     | 10:  |    | Esparadrapo       | 56:  | Seringa 1 ml     | 148: |
| Alcool a 70%          | 15:  |    | Eter              | 58:  | Seringa 10 ml    | 150: |
| Alcool iodado         | 256: |    | Formol            | 76:  | Seringa 20 ml    | 151: |
| Algodao bola          | 269: |    | Gases S.O.        | 40:  | Seringa 5 ml     | 149: |
| Al. Algodao ortop.    | 20:  | 06 | Geico             | 80:  | Sonda foley      | 156: |
| Al. Crepe 10 cm       | 21:  | 04 | Gomo descartavel  | 268: | Sonda uretral    | 160: |
| Al. Crepe 15 cm       | 22:  | 08 | Iodo a 2%         | 86:  | Vaselina liquida | 179: |
| Al. Crepe 20 cm       | 19:  | 06 | Lamina bisturi    | 194: |                  |      |
| Al. Gessada 20 cm     | 23:  | 03 | Luva procedimento | 98:  |                  |      |
| Borracha latex        | 264: |    | Luvas 7,5/8,0     | 96:  |                  |      |
| Cateter intravenoso   | 288: |    | Mascaras desc     | 198: |                  |      |
| Cateter peridural     | 269: |    | Micropore 12,5mm  | 71:  |                  |      |

~~LENS GOM O ORIGINAL~~

FIDS

|                     |                   |           |  |            |  |       |  |
|---------------------|-------------------|-----------|--|------------|--|-------|--|
| Principais produtos |                   | Descrição |  | Quantidade |  | Valor |  |
| 1                   | Monocel 13/9336H  | 108       |  | 108        |  | 108   |  |
| 2                   | Monocel 14/9426H  | 107       |  | 107        |  | 107   |  |
| 3                   | Monocel 15/9426H  | 111       |  | 111        |  | 111   |  |
| 4                   | Monocel 16/9426H  | 108       |  | 108        |  | 108   |  |
| 5                   | Monocel 17/9426H  | 109       |  | 109        |  | 109   |  |
| 6                   | Monocel 18/9426H  | 110       |  | 110        |  | 110   |  |
| 7                   | Monocel 19/9426H  | 112       |  | 112        |  | 112   |  |
| 8                   | Monocel 20/9426H  | 113       |  | 113        |  | 113   |  |
| 9                   | Monocel 21/9426H  | 114       |  | 114        |  | 114   |  |
| 10                  | Monocel 22/9426H  | 115       |  | 115        |  | 115   |  |
| 11                  | Monocel 23/9426H  | 116       |  | 116        |  | 116   |  |
| 12                  | Monocel 24/9426H  | 117       |  | 117        |  | 117   |  |
| 13                  | Monocel 25/9426H  | 118       |  | 118        |  | 118   |  |
| 14                  | Monocel 26/9426H  | 119       |  | 119        |  | 119   |  |
| 15                  | Monocel 27/9426H  | 120       |  | 120        |  | 120   |  |
| 16                  | Monocel 28/9426H  | 121       |  | 121        |  | 121   |  |
| 17                  | Monocel 29/9426H  | 122       |  | 122        |  | 122   |  |
| 18                  | Monocel 30/9426H  | 123       |  | 123        |  | 123   |  |
| 19                  | Monocel 31/9426H  | 124       |  | 124        |  | 124   |  |
| 20                  | Monocel 32/9426H  | 125       |  | 125        |  | 125   |  |
| 21                  | Monocel 33/9426H  | 126       |  | 126        |  | 126   |  |
| 22                  | Monocel 34/9426H  | 127       |  | 127        |  | 127   |  |
| 23                  | Monocel 35/9426H  | 128       |  | 128        |  | 128   |  |
| 24                  | Monocel 36/9426H  | 129       |  | 129        |  | 129   |  |
| 25                  | Monocel 37/9426H  | 130       |  | 130        |  | 130   |  |
| 26                  | Monocel 38/9426H  | 131       |  | 131        |  | 131   |  |
| 27                  | Monocel 39/9426H  | 132       |  | 132        |  | 132   |  |
| 28                  | Monocel 40/9426H  | 133       |  | 133        |  | 133   |  |
| 29                  | Monocel 41/9426H  | 134       |  | 134        |  | 134   |  |
| 30                  | Monocel 42/9426H  | 135       |  | 135        |  | 135   |  |
| 31                  | Monocel 43/9426H  | 136       |  | 136        |  | 136   |  |
| 32                  | Monocel 44/9426H  | 137       |  | 137        |  | 137   |  |
| 33                  | Monocel 45/9426H  | 138       |  | 138        |  | 138   |  |
| 34                  | Monocel 46/9426H  | 139       |  | 139        |  | 139   |  |
| 35                  | Monocel 47/9426H  | 140       |  | 140        |  | 140   |  |
| 36                  | Monocel 48/9426H  | 141       |  | 141        |  | 141   |  |
| 37                  | Monocel 49/9426H  | 142       |  | 142        |  | 142   |  |
| 38                  | Monocel 50/9426H  | 143       |  | 143        |  | 143   |  |
| 39                  | Monocel 51/9426H  | 144       |  | 144        |  | 144   |  |
| 40                  | Monocel 52/9426H  | 145       |  | 145        |  | 145   |  |
| 41                  | Monocel 53/9426H  | 146       |  | 146        |  | 146   |  |
| 42                  | Monocel 54/9426H  | 147       |  | 147        |  | 147   |  |
| 43                  | Monocel 55/9426H  | 148       |  | 148        |  | 148   |  |
| 44                  | Monocel 56/9426H  | 149       |  | 149        |  | 149   |  |
| 45                  | Monocel 57/9426H  | 150       |  | 150        |  | 150   |  |
| 46                  | Monocel 58/9426H  | 151       |  | 151        |  | 151   |  |
| 47                  | Monocel 59/9426H  | 152       |  | 152        |  | 152   |  |
| 48                  | Monocel 60/9426H  | 153       |  | 153        |  | 153   |  |
| 49                  | Monocel 61/9426H  | 154       |  | 154        |  | 154   |  |
| 50                  | Monocel 62/9426H  | 155       |  | 155        |  | 155   |  |
| 51                  | Monocel 63/9426H  | 156       |  | 156        |  | 156   |  |
| 52                  | Monocel 64/9426H  | 157       |  | 157        |  | 157   |  |
| 53                  | Monocel 65/9426H  | 158       |  | 158        |  | 158   |  |
| 54                  | Monocel 66/9426H  | 159       |  | 159        |  | 159   |  |
| 55                  | Monocel 67/9426H  | 160       |  | 160        |  | 160   |  |
| 56                  | Monocel 68/9426H  | 161       |  | 161        |  | 161   |  |
| 57                  | Monocel 69/9426H  | 162       |  | 162        |  | 162   |  |
| 58                  | Monocel 70/9426H  | 163       |  | 163        |  | 163   |  |
| 59                  | Monocel 71/9426H  | 164       |  | 164        |  | 164   |  |
| 60                  | Monocel 72/9426H  | 165       |  | 165        |  | 165   |  |
| 61                  | Monocel 73/9426H  | 166       |  | 166        |  | 166   |  |
| 62                  | Monocel 74/9426H  | 167       |  | 167        |  | 167   |  |
| 63                  | Monocel 75/9426H  | 168       |  | 168        |  | 168   |  |
| 64                  | Monocel 76/9426H  | 169       |  | 169        |  | 169   |  |
| 65                  | Monocel 77/9426H  | 170       |  | 170        |  | 170   |  |
| 66                  | Monocel 78/9426H  | 171       |  | 171        |  | 171   |  |
| 67                  | Monocel 79/9426H  | 172       |  | 172        |  | 172   |  |
| 68                  | Monocel 80/9426H  | 173       |  | 173        |  | 173   |  |
| 69                  | Monocel 81/9426H  | 174       |  | 174        |  | 174   |  |
| 70                  | Monocel 82/9426H  | 175       |  | 175        |  | 175   |  |
| 71                  | Monocel 83/9426H  | 176       |  | 176        |  | 176   |  |
| 72                  | Monocel 84/9426H  | 177       |  | 177        |  | 177   |  |
| 73                  | Monocel 85/9426H  | 178       |  | 178        |  | 178   |  |
| 74                  | Monocel 86/9426H  | 179       |  | 179        |  | 179   |  |
| 75                  | Monocel 87/9426H  | 180       |  | 180        |  | 180   |  |
| 76                  | Monocel 88/9426H  | 181       |  | 181        |  | 181   |  |
| 77                  | Monocel 89/9426H  | 182       |  | 182        |  | 182   |  |
| 78                  | Monocel 90/9426H  | 183       |  | 183        |  | 183   |  |
| 79                  | Monocel 91/9426H  | 184       |  | 184        |  | 184   |  |
| 80                  | Monocel 92/9426H  | 185       |  | 185        |  | 185   |  |
| 81                  | Monocel 93/9426H  | 186       |  | 186        |  | 186   |  |
| 82                  | Monocel 94/9426H  | 187       |  | 187        |  | 187   |  |
| 83                  | Monocel 95/9426H  | 188       |  | 188        |  | 188   |  |
| 84                  | Monocel 96/9426H  | 189       |  | 189        |  | 189   |  |
| 85                  | Monocel 97/9426H  | 190       |  | 190        |  | 190   |  |
| 86                  | Monocel 98/9426H  | 191       |  | 191        |  | 191   |  |
| 87                  | Monocel 99/9426H  | 192       |  | 192        |  | 192   |  |
| 88                  | Monocel 100/9426H | 193       |  | 193        |  | 193   |  |
| 89                  | Monocel 101/9426H | 194       |  | 194        |  | 194   |  |
| 90                  | Monocel 102/9426H | 195       |  | 195        |  | 195   |  |
| 91                  | Monocel 103/9426H | 196       |  | 196        |  | 196   |  |
| 92                  | Monocel 104/9426H | 197       |  | 197        |  | 197   |  |
| 93                  | Monocel 105/9426H | 198       |  | 198        |  | 198   |  |
| 94                  | Monocel 106/9426H | 199       |  | 199        |  | 199   |  |
| 95                  | Monocel 107/9426H | 200       |  | 200        |  | 200   |  |
| 96                  | Monocel 108/9426H | 201       |  | 201        |  | 201   |  |
| 97                  | Monocel 109/9426H | 202       |  | 202        |  | 202   |  |
| 98                  | Monocel 110/9426H | 203       |  | 203        |  | 203   |  |
| 99                  | Monocel 111/9426H | 204       |  | 204        |  | 204   |  |
| 100                 | Monocel 112/9426H | 205       |  | 205        |  | 205   |  |
| 101                 | Monocel 113/9426H | 206       |  | 206        |  | 206   |  |
| 102                 | Monocel 114/9426H | 207       |  | 207        |  | 207   |  |
| 103                 | Monocel 115/9426H | 208       |  | 208        |  | 208   |  |
| 104                 | Monocel 116/9426H | 209       |  | 209        |  | 209   |  |
| 105                 | Monocel 117/9426H | 210       |  | 210        |  | 210   |  |
| 106                 | Monocel 118/9426H | 211       |  | 211        |  | 211   |  |
| 107                 | Monocel 119/9426H | 212       |  | 212        |  | 212   |  |
| 108                 | Monocel 120/9426H | 213       |  | 213        |  | 213   |  |
| 109                 | Monocel 121/9426H | 214       |  | 214        |  | 214   |  |
| 110                 | Monocel 122/9426H | 215       |  | 215        |  | 215   |  |
| 111                 | Monocel 123/9426H | 216       |  | 216        |  | 216   |  |
| 112                 | Monocel 124/9426H | 217       |  | 217        |  | 217   |  |
| 113                 | Monocel 125/9426H | 218       |  | 218        |  | 218   |  |
| 114                 | Monocel 126/9426H | 219       |  | 219        |  | 219   |  |
| 115                 | Monocel 127/9426H | 220       |  | 220        |  | 220   |  |
| 116                 | Monocel 128/9426H | 221       |  | 221        |  | 221   |  |
| 117                 | Monocel 129/9426H | 222       |  | 222        |  | 222   |  |
| 118                 | Monocel 130/9426H | 223       |  | 223        |  | 223   |  |
| 119                 | Monocel 131/9426H | 224       |  | 224        |  | 224   |  |
| 120                 | Monocel 132/9426H | 225       |  | 225        |  | 225   |  |
| 121                 | Monocel 133/9426H | 226       |  | 226        |  | 226   |  |
| 122                 | Monocel 134/9426H | 227       |  | 227        |  | 227   |  |
| 123                 | Monocel 135/9426H | 228       |  | 228        |  | 228   |  |
| 124                 | Monocel 136/9426H | 229       |  | 229        |  | 229   |  |
| 125                 | Monocel 137/9426H | 230       |  | 230        |  | 230   |  |
| 126                 | Monocel 138/9426H | 231       |  | 231        |  | 231   |  |
| 127                 | Monocel 139/9426H | 232       |  | 232        |  | 232   |  |
| 128                 | Monocel 140/9426H | 233       |  | 233        |  | 233   |  |
| 129                 | Monocel 141/9426H | 234       |  | 234        |  | 234   |  |
| 130                 | Monocel 142/9426H | 235       |  | 235        |  | 235   |  |
| 131                 | Monocel 143/9426H | 236       |  | 236        |  | 236   |  |
| 132                 | Monocel 144/9426H | 237       |  | 237        |  | 237   |  |
| 133                 | Monocel 145/9426H | 238       |  | 238        |  | 238   |  |
| 134                 | Monocel 146/9426H | 239       |  | 239        |  | 239   |  |
| 135                 | Monocel 147/9426H | 240       |  | 240        |  | 240   |  |
| 136                 | Monocel 148/9426H | 241       |  | 241        |  | 241   |  |
| 137                 | Monocel 149/9426H | 242       |  | 242        |  | 242   |  |
| 138                 | Monocel 150/9426H | 243       |  | 243        |  | 243   |  |
| 139                 | Monocel 151/9426H | 244       |  | 244        |  | 244   |  |
| 140                 | Monocel 152/9426H | 245       |  | 245        |  | 245   |  |
| 141                 | Monocel 153/9426H | 246       |  | 246        |  | 246   |  |
| 142                 | Monocel 154/9426H | 247       |  | 247        |  | 247   |  |
| 143                 | Monocel 155/9426H | 248       |  | 248        |  | 248   |  |
| 144                 | Monocel 156/9426H | 249       |  | 249        |  | 249   |  |
| 145                 | Monocel 157/9426H | 250       |  | 250        |  | 250   |  |
| 146                 | Monocel 158/9426H | 251       |  | 251        |  | 251   |  |
| 147                 | Monocel 159/9426H | 252       |  | 252        |  | 252   |  |
| 148                 | Monocel 160/9426H | 253       |  | 253        |  | 253   |  |
| 149                 | Monocel 161/9426H | 254       |  | 254        |  | 254   |  |
| 150                 | Monocel 162/9426H | 255       |  | 255        |  | 255   |  |
| 151                 | Monocel 163/9426H | 256       |  | 256        |  | 256   |  |
| 152                 | Monocel 164/9426H | 257       |  | 257        |  | 257   |  |
| 153                 | Monocel 165/9426H | 258       |  | 258        |  | 258   |  |
| 154                 | Monocel 166/9426H | 259       |  | 259        |  | 259   |  |
| 155                 | Monocel 167/9426H | 260       |  | 260        |  | 260   |  |
| 156                 | Monocel 168/9426H | 261       |  | 261        |  | 261   |  |
| 157                 | Monocel 169/9426H | 262       |  | 262        |  | 262   |  |
| 158                 | Monocel 170/9426H | 263       |  | 263        |  | 263   |  |
| 159                 | Monocel 171/9426H | 264       |  | 264        |  | 264   |  |
| 160                 | Monocel 172/9426H | 265       |  | 265        |  | 265   |  |
| 161                 | Monocel 173/9426H | 266       |  | 266        |  | 266   |  |
| 162                 | Monocel 174/9426H | 267       |  | 267        |  | 267   |  |
| 163                 | Monocel 175/9426H | 268       |  | 268        |  | 268   |  |
| 164                 | Monocel 176/9426H | 269       |  | 269        |  | 269   |  |
| 165                 | Monocel 177/9426H | 270       |  | 270        |  | 270   |  |
| 166                 | Monocel 178/9426H | 271       |  | 271        |  | 271   |  |
| 167                 | Monocel 179/9426H | 272       |  | 272        |  | 272   |  |
| 168                 | Monocel 180/9426H | 273       |  | 273        |  | 273   |  |
| 169                 | Monocel 181/9426H | 274       |  | 274        |  | 274   |  |
| 170                 | Monocel 182/9426H | 275       |  | 275        |  | 275   |  |
| 171                 | Monocel 183/9426H | 276       |  | 276        |  | 276   |  |
| 172                 | Monocel 184/9426H | 277       |  | 277        |  | 277   |  |
| 173                 | Monocel 185/9426H | 278       |  | 278        |  | 278   |  |
| 174                 | Monocel 186/9426H | 279       |  | 279        |  | 279   |  |
| 175                 | Monocel 187/9426H | 280       |  | 280        |  | 280   |  |
| 176                 | Monocel 188/9426H | 281       |  | 281        |  | 281   |  |
| 177                 | Monocel 189/9426H | 282       |  | 282        |  | 282   |  |
| 178                 | Monocel 190/9426H | 283       |  | 283        |  | 283   |  |
| 179                 | Monocel 191/9426H | 284       |  | 284        |  | 284   |  |
| 180                 | Monocel 192/9426H | 285       |  | 285        |  | 285   |  |
| 181                 | Monocel 193/9426H | 286       |  | 286        |  | 286   |  |
| 182                 | Monocel 194/9426H | 287       |  | 287        |  | 287   |  |
| 183                 | Monocel 195/9426H | 288       |  | 288        |  | 288   |  |
| 184                 | Monocel 196/9426H | 289       |  | 289        |  | 289   |  |
| 185                 | Monocel 197/9426H | 290       |  | 290        |  | 290   |  |
| 186                 | Monocel 198/9426H | 291       |  | 291        |  | 291   |  |
| 187                 | Monocel 199/9426H | 292       |  | 292        |  | 292   |  |
| 188                 | Monocel 200/9426H | 293       |  | 293        |  | 293   |  |
| 189                 | Monocel 201/9426H | 294       |  | 294        |  | 294   |  |
| 190                 | Monocel 202/9426H | 295       |  | 295        |  | 295</ |  |

Date: 16/10/18

Cirurgião – CRM:

Dr. Tercio Damasceno  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI. 3624

|                                          |            |                  |
|------------------------------------------|------------|------------------|
| Centro Ortopédico Teresina Ltda          | Convênio   | PLAMTA           |
| Paciente AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR | Data       | 16/10/2018 14:41 |
| Idade 14/05/1984 - 34 anos               | Pront. No. | 0024365          |
| Médico DR CLARINDO VERAS                 | Situação   | Fechado          |
| Peso ---                                 | Altura     | ---              |

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### SINAIS VITAIS:

| HORA             | PRESSÃO        | FR    | FC     | TEMP.  | Saturacao | Glicemia | Responsável |
|------------------|----------------|-------|--------|--------|-----------|----------|-------------|
| 16/10/2018 17:11 | 120 x 80 mmHg  | ---   | 77bpm  | 36°C   | 97%       | ---      | LGS         |
| 16/10/2018 23:08 | 150 x 100 mmHg | 20lrm | 104bpm | 37,8°C | 94%       | ---      | AAD         |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### Evolução:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RESPONSÁVEL                                                                                                                   |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16/10/2018 21:29 | Segue em POI por osteossíntese em punho D + pré operatório por fratura em tibia D. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em MSD + tala tipo luva e Curativo oclusivo em MID + tala tipo supra podálica. Aceita dieta VO, orientado jejum após 23:00h. Diurese espontânea presente. Sono e repouso insatisfatório. Sem queixas algicas no momento.<br>COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS | <br>AMANDA AMORIM DIAS<br>COREN-PI 397.716 |

#### anotação:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | RESPONSÁVEL                                 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 16/10/2018 14:41 | Admitido para tratamento cirúrgico por fratura tibia D, há 8 dias. Vítima de acidente motociclístico. 34 anos, 100 Kg. Proveniente de sua residência. Deambulando sem auxílio. nega HAS e DM.refere alergia medicamentosa AAS. Jejum desde as 07:00hs. Eliminações fisiológicas presentes. Raio x em anexo no prontuário.<br>COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |                                             |
| 16/10/2018 14:41 | em tempo;fratura punho D tb.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |
| 16/10/2018 17:09 | Puncionado acesso venoso periférico em MSE. Utilizado 02 jelco nº 22, 03 bolas de algodão, 30 ml de álcool 70%, 5 cm de micropore 25mm, 01 equipo macrogotas, 01 polifix 2 vias e um par de luvas de procedimentos.                                                                                                                                                      | COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |
| 16/10/2018 17:21 | Encaminhado ao C cirurgico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |

CONFERE COM O ORIGINAL  
 Clarindo de B. Veras Neto  
 Diretor Administrativo  
 CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

|                                                 |            |                  |
|-------------------------------------------------|------------|------------------|
| Centro Ortopédica Teresina Ltda                 | Convênio   | PLAMTA           |
| Paciente <b>AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR</b> | Data       | 16/10/2018 14:41 |
| Idade <b>14/05/1984 - 34 anos</b>               | Pront. No. | 0024365          |
| Médico <b>DR CLARINDO VERAS</b>                 | Situação   | Fechado          |
| Peso <b>---</b>                                 | Altura     | ---              |

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### SINAIS VITAIS:

| HORA             | PRESSÃO        | FR    | FC     | TEMP.  | Saturacao | Glicemia | Responsável |
|------------------|----------------|-------|--------|--------|-----------|----------|-------------|
| 16/10/2018 17:11 | 120 x 80 mmHg  | ---   | 77bpm  | 36°C   | 97%       | ---      | LGS         |
| 16/10/2018 23:08 | 150 x 100 mmHg | 20lrm | 104bpm | 37,8°C | 94%       | ---      | AAD         |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### Evolução:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RESPONSÁVEL                                                                                                                   |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16/10/2018 21:29 | Segue em POI por osteossíntese em punho D + pré operatório por fratura em tibia D. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em MSD + tala tipo luva e Curativo oclusivo em MID + tala tipo supra podálica. Aceita dieta VO, orientado jejum após 23:00h. Diurese espontânea presente. Sono e repouso insatisfatório. Sem queixas algicas no momento.<br>COREN 397718ENF PI AMANDA AMORIM DIAS | <br>AMANDA AMORIM DIAS<br>COREN-PI 397.716 |

#### anotação:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | RESPONSÁVEL                                 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 16/10/2018 14:41 | Admitido para tratamento cirúrgico por fratura tibia D, há 8 dias. Vitima de acidente motociclistico. 34 anos, 100 Kg. Proveniente de sua residência. Deambulando sem auxílio. nega HAS e DM.refere alergia medicamentosa AAS. Jejum desde as 07:00hs. Eliminações fisiológicas presentes. Raio x em anexo no prontuário.<br>COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |                                             |
| 16/10/2018 14:41 | em tempo;fratura punho D tb.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |
| 16/10/2018 17:09 | Puncionado acesso venoso periférico em MSE. Utilizado 02 jelco nº 22, 03 bolas de algodão, 30 ml de alcool 70%, 5 cm de micropore 25mm, 01 equipo macrogotas, 01 polifix 2 vias e um par de luvas de procedimentos.                                                                                                                                                      | COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |
| 16/10/2018 17:21 | Encaminhado ao C cirurgico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |

  
 - NUNCA COM O ORIGINAL  
 Clarindo de B. Veras Neto  
 Diretor Administrativo  
 CENTRO ORTOPÉDICA TERESINA LTDA

|                                 |                                 |            |                  |
|---------------------------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Centro Ortopédico Teresina Ltda |                                 | Convênio   | PLAMTA           |
| Paciente                        | AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR | Data       | 16/10/2018 14:41 |
| Idade                           | 14/05/1984 - 34 anos            | Pront. No. | 0024365          |
| Médico                          | DR CLARINDO VERAS               | Situação   | Fechado          |
| Peso                            | ---                             | Altura     | ---              |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16/10/2018 19:50 | Retornou do CC em POI por osteossíntese em punho D, sob efeito de anestesia local + sedação. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em MSD + tala tipo luva e Curativo oclusivo em MID + tala tipo supra podálica. Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos. Diurese em observação. Sem queixas algicas no momento. | COREN 397716ENF PI<br>AMANDA AMORIM DIAS<br><br>COREN-PI 397.716 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Multidisciplinar:

| HORA | DESCRIÇÃO | RESPONSÁVEL |
|------|-----------|-------------|
|      |           |             |

CONFERE COM O OR  
Clarindo de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo  
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA



|                                 |                                 |            |                  |
|---------------------------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Centro Ortopedico Teresina Ltda |                                 | Convênio   | PLAMTA           |
| Paciente                        | AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR | Data       | 17/10/2018 06:36 |
| Idade                           | 14/05/1984 - 34 anos            | Pront. No. | 0024365          |
| Médico                          | DR CLARINDO VERAS               | Situação   | Fechado          |
| Peso                            | ---                             | Altura     | ---              |

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### SINAIS VITAIS:

| HORA             | PRESSÃO       | FR  | FC    | TEMP.  | Saturacao | Glicemia | Responsável |
|------------------|---------------|-----|-------|--------|-----------|----------|-------------|
| 17/10/2018 06:36 | 120 x 80 mmHg | --- | 70bpm | 36,6°C | 93%       | ---      | OOS         |
| 17/10/2018 18:12 | 120 x 70 mmHg | --- | 81bpm | 36,4°C | 96%       | ---      | JBS         |
| 17/10/2018 23:47 | 140 x 90 mmHg | --- | 86bpm | 36°C   | 96%       | ---      | LGS         |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### Evolução:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | RESPONSÁVEL                                                                          |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 17/10/2018 21:44 | Paciente em 1º DPO por osteosíntese em punho D+ pré-operatório por fratura em tibia D. Evolui consciente, orientado, colaborativo ao diálogo. Escoriações em MSD. Hemodinâmica estável. Aceita bem dieta VO. Eupnéico em ar ambiente. Mantém AVP em MSE, funcionante, sem sinais flogísticos. Diurese presente e espontânea. Curativo oclusivo em MSD + tala luva. MID imobilizado com tala suprapodálica, refere desconforto na tala próximo ao joelho. Orientado quanto jejum a partir de 00:00 h. Segue aos cuidados de enfermagem.<br>COREN 526365ENF PI ROSELY CRUZ DA S MACHADO |  |

#### anotação:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                       | RESPONSÁVEL                                 |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 17/10/2018 17:46 | Avaliado pelo médico assistente, cliente teve cirurgia suspensa remarcada p/ dia 18.10.18 orientado a permanecer em jejum a partir das 24 horas.<br>COREN 54764TE PI JOAO BATISTA DA S MONTEIRO |                                             |
| 17/10/2018 18:29 | Refere dor na fo administrado medicação analgésica (TRAMAL).                                                                                                                                    | COREN 54764TE PI JOAO BATISTA DA S MONTEIRO |

#### Multidisciplinar:

| HORA | DESCRIÇÃO | RESPONSÁVEL |
|------|-----------|-------------|
|      |           |             |

CONFERE COM O ORIGINAL  
Clarindo de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo  
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

**Centro Ortopedico Teresina Ltda**

|        |                                 |           |                  |
|--------|---------------------------------|-----------|------------------|
| Pac.   | AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR | Data      | 17/10/2018 07:00 |
| Idade  | 34 Anos 5 Meses 2 Dias          | Pront.    | 0024365          |
| Médico | DR CLARINDO VERAS               | Presc.    |                  |
| Leito  | APTO B No: B Lt: B              | Peso/Alt. | 0,00 Kg 0,00 m   |

Convênio PLAMTA

|   |                                                            |           |
|---|------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | Dieta branda após RA,                                      |           |
| 2 | Soro glicosado 5%, 500ml<br>EV,<br>Soro Fisiológico 1000ml | 1:12 1:11 |

**EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:**

|    | MEDICAÇÃO                              | HORÁRIO |
|----|----------------------------------------|---------|
| 3  | Cefazolina 1g + AD, EV 6/6             | 12:18   |
| 4  | Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12           | 12:18   |
| 5  | Dipirona 3cc + AD, EV, 8/6h            | 12:18   |
| 6  | Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h         | 12:18   |
| 7  | Decadron 4mg + AD, EV, 12/12           | 12:18   |
| 8  | Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h | 12:18   |
| 9  | Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N     | 18:30   |
| 10 | Diazepam 10mg VO S/N as 23hs Oral 1/1  |         |
| 11 | Sonda vesical de alívio, S/N           |         |
| 12 | Realizar RX 1/1                        |         |
| 13 | SSVV + CCGG                            |         |
|    |                                        |         |
|    |                                        |         |
|    |                                        |         |
|    |                                        |         |
|    |                                        |         |

**DR CLARINDO VERAS**  
CRM 999-PI

• ALERGIA A:  
- AAS  
- CATATLAN  
- DICLOFENACO



|                                 |                                 |            |                  |
|---------------------------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Centro Ortopédico Teresina Ltda |                                 | Convênio   | PLAMTA           |
| Paciente                        | AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR | Data       | 18/10/2018 06:28 |
| Idade                           | 14/05/1984 - 34 anos            | Pront. No. | 0024365          |
| Médico                          | DR CLARINDO VERAS               | Situação   | Fechado          |
| Peso                            | ---                             | Altura     | ---              |

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### SINAIS VITAIS:

| HORA             | PRESSÃO       | FR   | FC    | TEMP.  | Saturacao | Glicemia | Responsável |
|------------------|---------------|------|-------|--------|-----------|----------|-------------|
| 18/10/2018 06:28 | 140 x 90 mmHg | ---  | 93bpm | 36°C   | 94%       | ---      | LGS         |
| 18/10/2018 18:11 | 130 x 80 mmHg | ---  | 77bpm | 36°C   | 96%       | ---      | LGS         |
| 18/10/2018 23:57 | 130 x 80 mmHg | 21mm | 95bpm | 37,4°C | 98%       | ---      | AAD         |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### Evolução:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | RESPONSÁVEL                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 18/10/2018 21:21 | Segue em 2º DPO por osteossíntese em punho D + POI por fratura em tibia D. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo em MSD + tala tipo luva e Curativo oclusivo em MID, membro edemaciado +3/+4. Aceita dieta VO. Diurese espontânea presente. Sono e repouso insatisfatório. Sem queixas algicas no momento.<br>COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS | AMORIM DIAS<br>ENFERMEIRA<br>COREN-PI 307.716 |

#### anotação:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | RESPONSÁVEL |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 18/10/2018 13:08 | Retornou do CC em POI por fratura em tibia E, sob efeito de anestesia local. HV em MSD com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo. Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos. Diurese em observação. Sem queixas algicas no momento.<br>COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |             |

#### Multidisciplinar:

| HORA | DESCRIÇÃO | RESPONSÁVEL |
|------|-----------|-------------|
|      |           |             |

CONFERE COM O ORIGINAL  
Clarindo de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo  
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 ABR 2019  
CENTRO SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Lq3 C  
Centro-Horiz CEP: 64.052-470  
Teresina-PI

# Centro Ortopedico Teresina Ltda

|          |                                 |           |                  |
|----------|---------------------------------|-----------|------------------|
| Pac. *   | AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR | Data      | 18/10/2018 07:00 |
| Idade    | 34 Anos 5 Meses 4 Dias          | Pront.    | 0024365          |
| Médico   | DR CLARINDO VERAS               | Presc.    |                  |
| Leito    | APTO B No: B Lt: B              | Peso/Alt. | 0,00 Kg 0,00 m   |
| Convênio | PLAMTA                          |           |                  |

|   |                                                    |  |
|---|----------------------------------------------------|--|
| 1 | Dieta livre,                                       |  |
| 2 | Soro fisiológico 0.9%, 1000ml<br>EV, em 24 hora(s) |  |

## EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

|    | MEDICAÇÃO                                   | HORÁRIO   |
|----|---------------------------------------------|-----------|
| 3  | Cefazolina 1g + AD, EV, 6/6h                | 11h 23    |
| 4  | Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12h               | 14h 02    |
| 5  | Dipirona 300 + AD, EV, 6/6h                 | 14h 20 02 |
| 6  | Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h              | 14h 29 03 |
| 7  | Clexane 40mg, SC, 1x ao dia                 |           |
| 8  | Tramal 100mg + 100ml SF 0.9%, EV, 8/8h, S/N |           |
| 9  | Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N          |           |
| 10 | Diazepam 10mg, VO, à noite, S/N             |           |
| 11 | SSVV + CCGG                                 |           |
| 12 | Decadron 4 mg + AD, EV 12/12 h              |           |
| 13 | Realizar RX                                 |           |
|    |                                             |           |
|    |                                             |           |
|    |                                             |           |
|    |                                             |           |
|    |                                             |           |
|    |                                             |           |
|    |                                             |           |

DR CLARINDO VERAS  
CRM 999-PI

Dr. Clarindo Veras B. Junior  
Ortopedista  
Cirurgião do Joelho  
CRM-PI 2561 TEOD: 14858

CONFERE COM O ORTOPEDISTA  
Clarindo de B. Veras Neto  
Diretor Administrativo  
CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

# Centro Ortopedico Teresina Ltda

|        |                                 |           |                  |
|--------|---------------------------------|-----------|------------------|
| Pac.   | AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR | Data      | 19/10/2018 07:00 |
| Idade  | 34 Anos 5 Meses 4 Dias          | Pront.    | 0024365          |
| Médico | DR CLARINDO VERAS               | Presc.    |                  |
| Leito  | APTO B No: B Lt: B              | Peso/Alt. | 0,00 Kg 0,00 m   |

Convênio PLAMTA

- 1 Dieta branda após RA,
- 2 Soro glicosado 5%, 1000ml EV, em 24 hora(s)

## EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

|    | MEDICAÇÃO                              | HORÁRIO |
|----|----------------------------------------|---------|
| 3  | Cefazolina 1g + AD, EV 6/6             | 11h     |
| 4  | Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12           | 12h     |
| 5  | Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h            | 12h     |
| 6  | Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h         | 12h     |
| 7  | Clexane 40mg, SC, 1x ao dia            | 11h     |
| 8  | Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h | 11h     |
| 9  | Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N     |         |
| 10 | Decadron 4mg + AD, EV, 12/12           |         |
| 11 | Sonda vesical de alívio, S/N           |         |
| 12 | SSV + CCGG                             |         |
| 13 | <i>Cefazolina</i>                      | OR      |
| 14 | <i>Ranitidina</i>                      | OR      |

DR CLARINDO VERAS  
CRM 999-PI

Alergia  
① AS  
② cefalexim  
③ dolofermaco

CONFERE COM O CONSULTOR  
Clarindo Veras N  
Diretor Administrativo  
CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

|                                 |                                 |            |                  |
|---------------------------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Centro Ortopedico Teresina Ltda |                                 | Convênio   | PLAMTA           |
| Paciente                        | AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR | Data       | 20/10/2018 06:20 |
| Idade                           | 14/05/1984 - 34 anos            | Pront. No. | 0024365          |
| Médico                          | DR CLARINDO VERAS               | Situação   | Fechado          |
| Peso                            | ---                             | Altura     | ---              |

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### SINAIS VITAIS:

| HORA             | PRESSAO       | FR   | FC    | TEMP.  | Saturacao | Glicemia | Responsável |
|------------------|---------------|------|-------|--------|-----------|----------|-------------|
| 20/10/2018 06:20 | 130 x 80 mmHg | 21mm | 74bpm | 35,9°C | 95%       | ---      | AAD         |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### Evolução:

| HORA | DESCRIÇÃO | RESPONSÁVEL |
|------|-----------|-------------|
|      |           |             |

#### anotação:

| HORA             | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | RESPONSÁVEL |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 20/10/2018 09:07 | Avaliado pelo médico assistente + Realizado troca de curativo + Retirado acesso venoso + Alta Hospitalar, segue em BEG.<br>Utilizado : Bolas de algodão + álcool a 70% + éter + 01 par de luvas de procedimento + 01 curativo redondo + 01 par luva estéril nº 7+ gases 02 pacotes + Soro fisiológico 0,9% 100ml + micropore 2,5cm .<br>COREN 296745 TE PI LUCIMEIRE GOMES DA SILVA |             |

#### Multidisciplinar:

| HORA | DESCRIÇÃO | RESPONSÁVEL |
|------|-----------|-------------|
|      |           |             |

CONFERE COM O ORIGINÁRIO  
Clarindo de B. Veras Neto  
Nível Administrativo  
Centro Ortopédico Teresina Ltda

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
C 3 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.000-000  
Teresina - PI





**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

(0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 284829 Data: 28/03/2019

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0021-RX PERNA DIR

**CONCLUSÃO:**

FRATURAS ALINHADAS E CONSOLIDADAS NO PLATO E NA DIAFISE DA  
TIBIA COM PRESENÇAS DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data   1  /  1  /  1  

  
Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares  
Esta receita não deve ser trocada



Paciente: 284829 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 284829

DATA: 20190328

CONT:

W/L: 4096 2048

ZOOM: 125.17%

No IMGS: 1

IMG ATUAL: 1

AQUIS: 1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 284829

DATA: 20190328

CONT:

SERVER

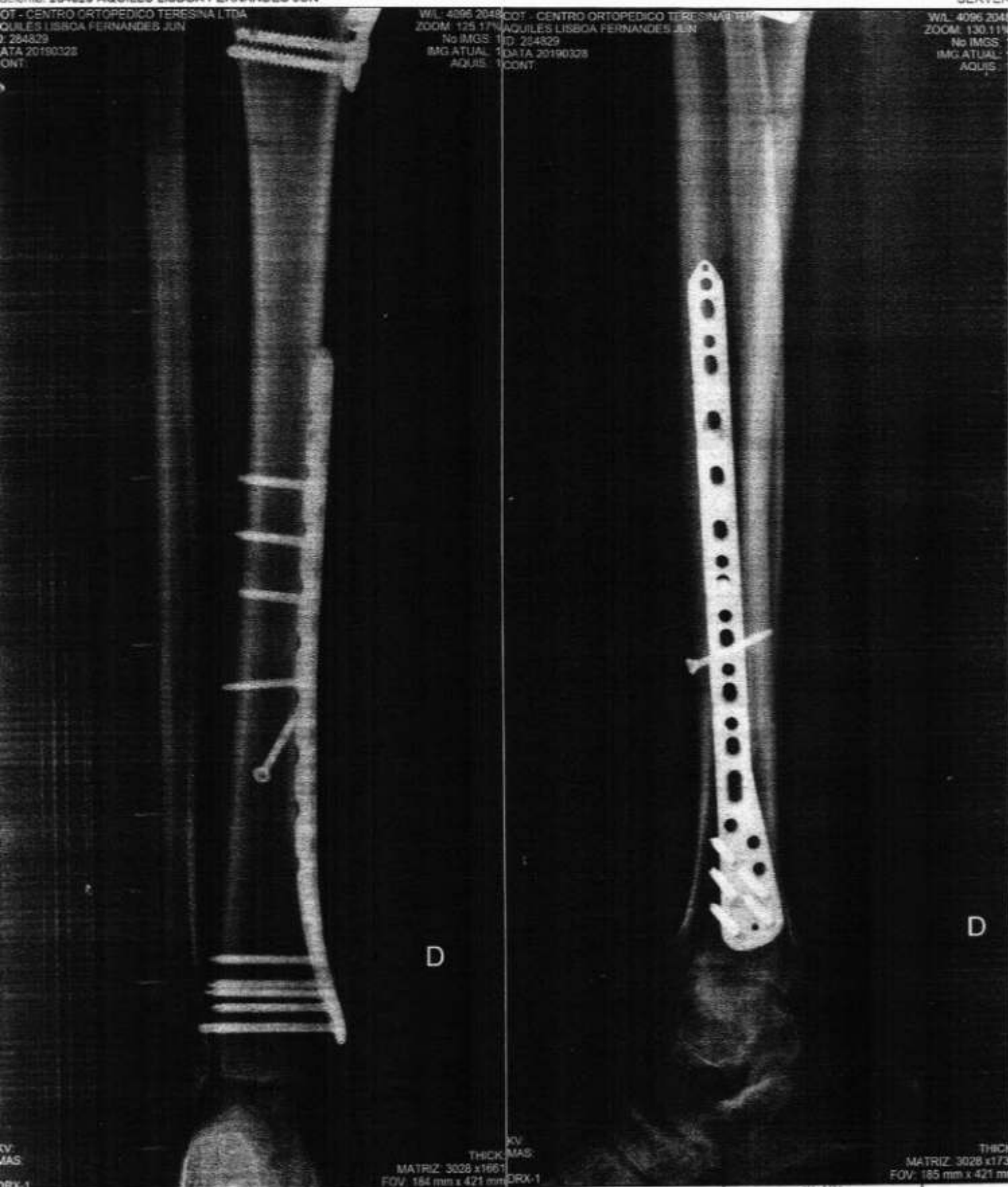
W/L: 4096 2048

ZOOM: 130.11%

No IMGS: 1

IMG ATUAL: 1

AQUIS: 1



KV:

MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 3028 x1661

FOV: 184 mm x 421 mm

KV:

MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 3028 x1733

FOV: 185 mm x 421 mm

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

3 ABR 2019



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 274269 Data: 16/10/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPÉP

Exame: 0097-RX MAO DIR

**CONCLUSÃO:**

DIMINUIÇÃO DA DENSIDADE OSSEA  
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data   1  /  1  /  1  

Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares  
Esta receita não deve ser trocada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64001-490



Pioneira em Radiologia  
Ortopédica **DIGITAL**



ente: 274269 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 274269

DATA 20181016

CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048

ZOOM: 102.02%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS: 1

KV:  
MAS:

DRX-1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 274269

DATA 20181016

CONT:

THICK:

MATRIZ: 2733 x1244

FOV: 372 mm x 173 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 97.20%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:  
MAS:

DRX-1

THICK:

MATRIZ: 2604 x1251

FOV: 362 mm x 174 mm



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900  
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-Pi  
☎ (0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 276598 Data: 20/11/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0200-RX MAO DIREITA

**CONCLUSÃO:**

AUSENCIA DE LESOES OSSEAS VISIVEIS PELO METODO  
ESPACOS ARTICULARES INTEGROS  
AUSENCIA DE ALTERACOES DE PARTES MOLES VISIVEIS PELO METODO

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data \_\_\_\_\_

  
Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares**  
**Esta receita não deve ser trocada**

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 ABR 2019

CENTO SEGURO S.A.  
Rua de Ruy Barbosa, 465 Loja C  
Teresina - PI 64001-470



Pioneira em Radiologia  
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 276598 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

SERVER

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 276598

DATA 20181120

CONT:

W/L: 4096 2048

ZOOM: 112.66%

No IMGS: 1

IMG. ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:  
MAS:

DRX-1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

D: 276598

DATA 20181120

CONT:

THICK  
MATRIZ: 2776 x1884  
FOV: 342 mm x 195 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 110.92%

No IMGS: 1

IMG. ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:  
MAS:

DRX-1

THICK  
MATRIZ: 2733 x2071  
FOV: 342 mm x 195 mm



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 274269 Data: 16/10/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0254-RX TORNOZELO DIREITO

**CONCLUSÃO:**

FRATURA FRAGMENTADA RECENTE DESALINHADA NA DIASIA DA TIBIA  
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares  
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia  
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 274269 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

SERVER

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 274269

DATA 20181016

CONT:

W/L: 4096 2048

ZOOM: 101.34%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:  
MAS:

DRX-1

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ID: 274269

DATA 20181016

CONT:

THICK:  
MATRIZ: 2949 x1899  
FOV: 404 mm x 230 mm

W/L: 4096 2048

ZOOM: 104.05%

No IMGS: 1

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1

KV:  
MAS:

DRX-1

THICK:  
MATRIZ: 3028 x2517  
FOV: 404 mm x 230 mm



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 274269 Data: 16/10/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0252-RX PERNA DIREITA

**CONCLUSÃO:**

FRATURA FRAGMENTADA RECENTE DESALINHADA NA DIASIA DA TIBIA  
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares  
Esta receita não deve ser trocada



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

(0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 276598 Data: 20/11/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0252-RX PERNA DIREITA

**CONCLUSÃO:**

FRATURA ALINHADA E CONSOLIDADA NA DIÁFISE DISTAL DA FÍBULA  
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares  
Esta receita não deve ser trocada**





Pioneira em Radiologia  
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 276598 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

SERVER

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

W/L: 4096 2048

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ZOOM: 100.00%

ID: 276598

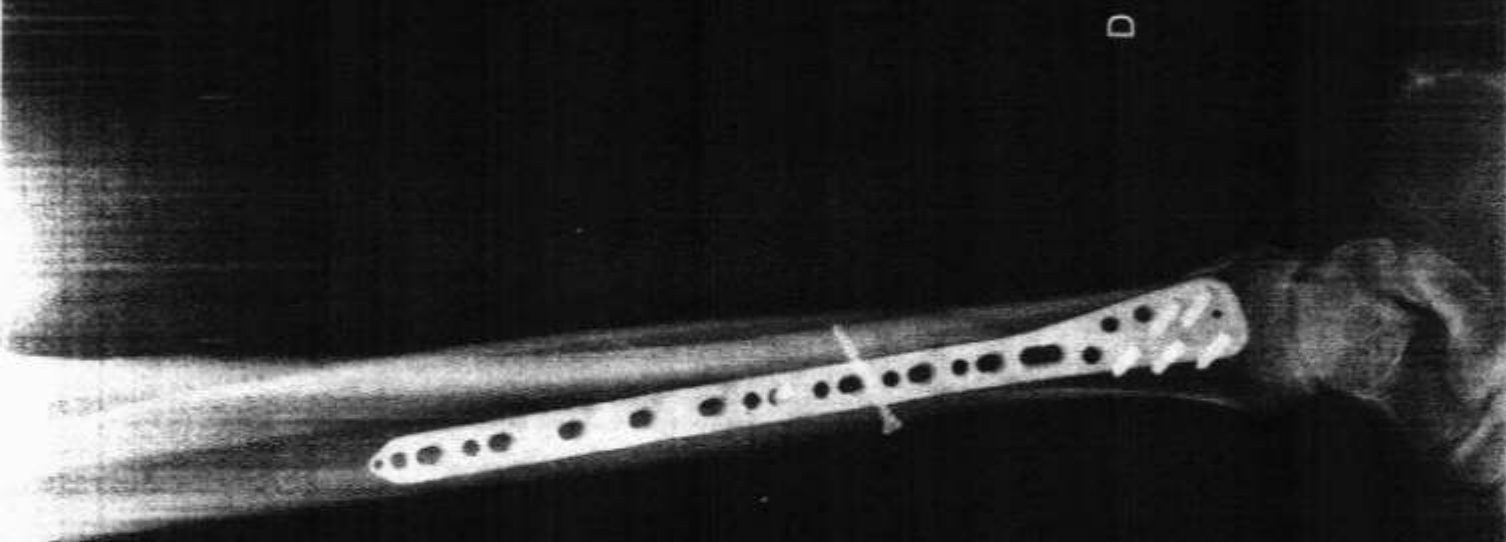
No IMGS: 1

DATA 20181120

IMG.ATUAL: 1

CONT:

AQUIS.: 1



MAS:

THICK

DRX-1

MATRIZ: 3028 x2158

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

FOV: 421 mm x 240 mm

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

W/L: 4096 2048

ID: 276598

ZOOM: 100.00%

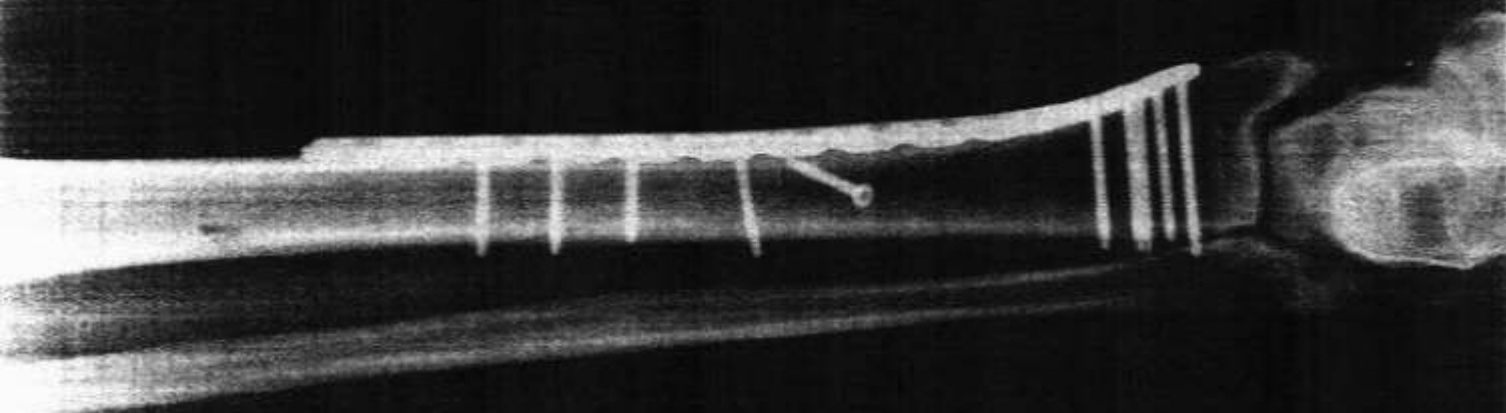
DATA 20181120

No IMGS: 1

CONT:

IMG.ATUAL: 1

AQUIS.: 1



KV:

THICK

MAS:

MATRIZ: 3028 x1726

DRX-1

FOV: 421 mm x 240 mm



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**  
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900  
Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI  
☎ (0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 274269 Data: 16/10/2018

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0196-RX ANTEBRACO DIREITO

**CONCLUSÃO:**

ESTRUTURA OSSEA CONSERVADA  
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares  
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia  
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 274269 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

SERVER

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

W/L: 4096 2048

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ZOOM: 100.00%

ID: 274269

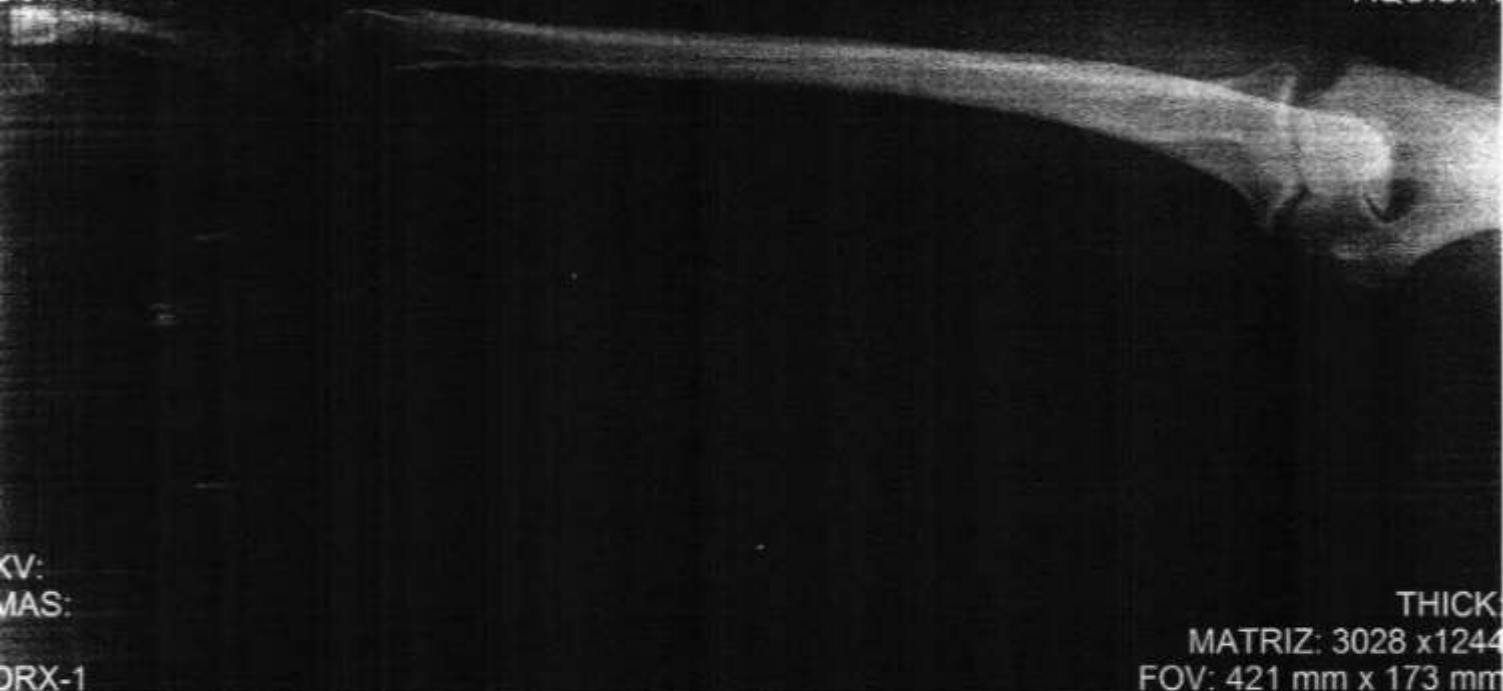
No IMGS: 1

DATA 20181016

IMG.ATUAL: 1

CONT:

AQUIS.: 1



KV:  
MAS:

THICK

DRX-1

MATRIZ: 3028 x1244

FOV: 421 mm x 173 mm

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

W/L: 4096 2048

AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

ZOOM: 110.79%

ID: 274269

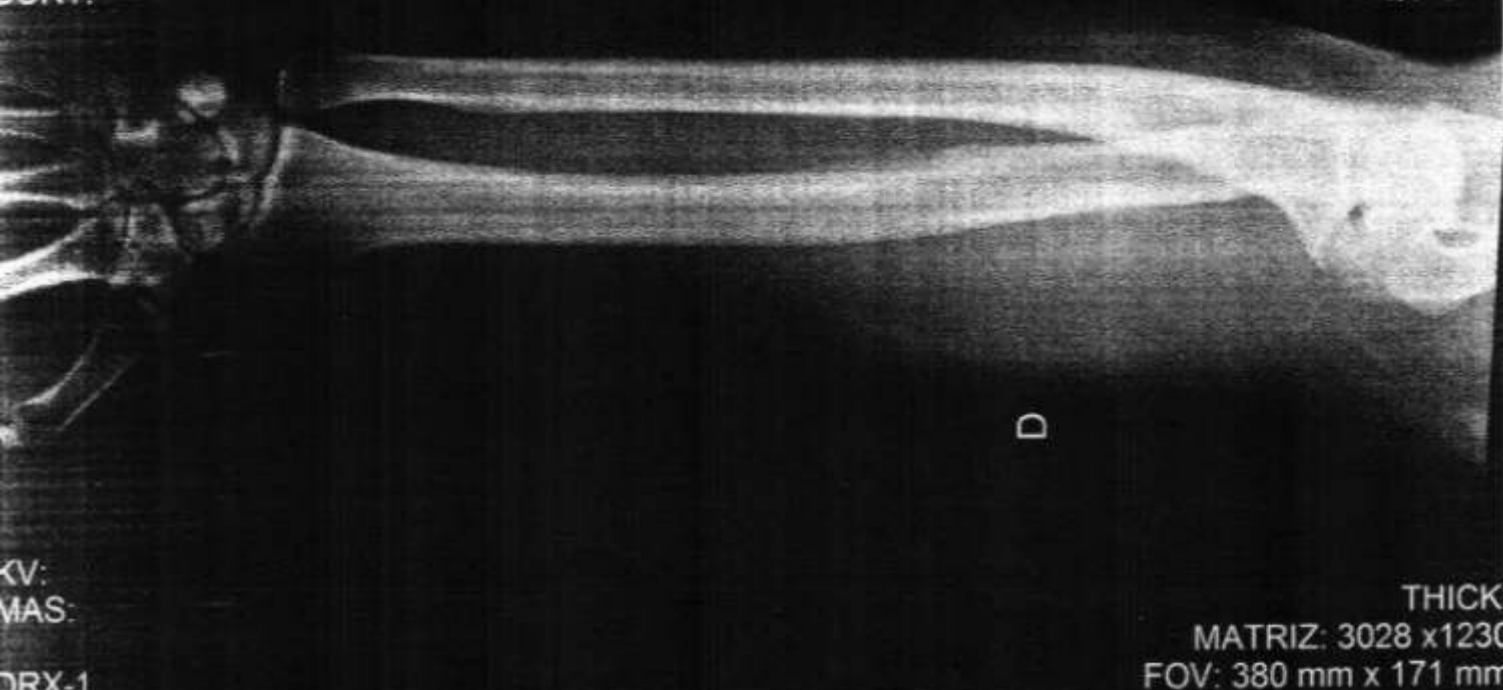
No IMGS: 1

DATA 20181016

IMG.ATUAL: 1

CONT:

AQUIS.: 1



KV:  
MAS:

THICK

DRX-1

MATRIZ: 3028 x1230

FOV: 380 mm x 171 mm



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 282504 Data: 20/02/2019

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0252-RX PERNA DIREITA

**CONCLUSÃO:**

FRATURA ALINHADA E CONSOLIDADA NA DIAFISE DA TIBIA  
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data   1  /  1  /  1  

  
Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares  
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia  
Ortopédica **DIGITAL**



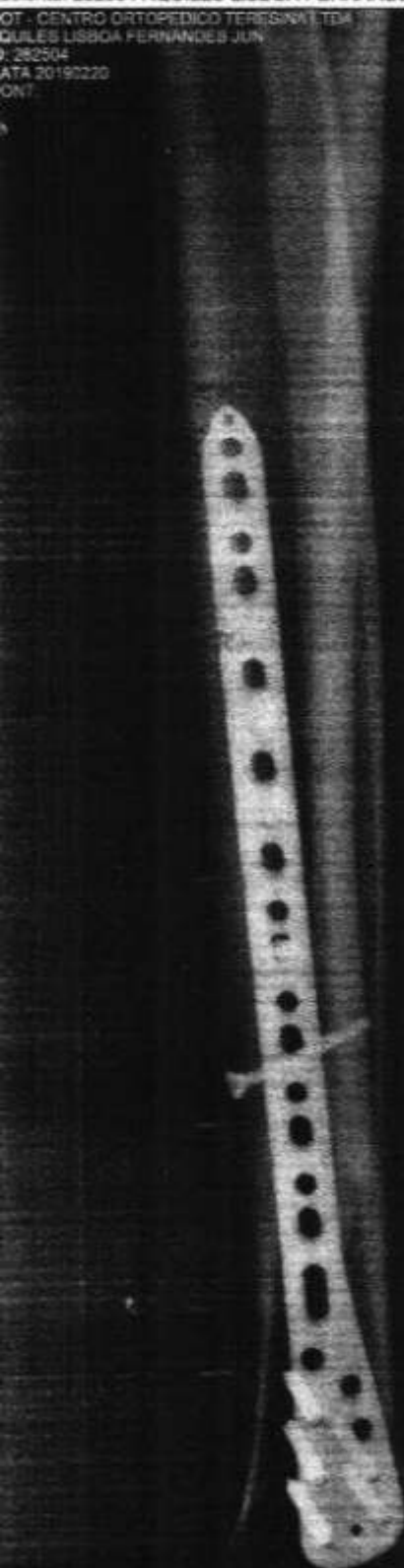
Paciente: 282504 AQUILES LISBOA FERNANDES JUN

COT - CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA  
AQUILES LISBOA FERNANDES JUN  
ID: 282504  
DATA 20190220  
CONT:

WL: 4096 2048  
ZOOM: 141 511  
No IMGs: 1  
IMG ATUAL: 1  
AQUIS: 1  
CONT:

SERVER

WL: 4096 2048  
ZOOM: 158 329  
No IMGs: 1  
IMG ATUAL: 1  
AQUIS: 1



D

KV:  
MAS:  
DRX: 1

THICK:  
MTRIZ: 3028 x1535  
FOV: 160 mm x 365 mm  
DRX: 1



D

THICK:  
MTRIZ: 3028 x1527  
FOV: 160 mm x 365 mm



**CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.**

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0\*\*86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0\*\*86) 99833-3055

Nome: \_\_\_\_\_

**\*\*\* LAUDO RADIOLOGICO \*\*\***

No. Atend: 282504 Data: 20/02/2019

Paciente: AQUILES LISBOA FERNANDES JUNIOR

Solicitante: DR CLARINDO VERAS

Convênio: IAPEP

Exame: 0252-RX PERNA DIREITA

**CONCLUSÃO:**

FRATURA ALINHADA E CONSOLIDADA NA DIAFISE DA TIBIA  
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dr. Carlos Augusto Moura Fé  
CRM 1341  
Radiologista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares  
Esta receita não deve ser trocada